ROK IV WARSZAWA 1930 CZERWIEC ZESZYT VI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

O nowoczesnych poglądach na patogenezę zaburzeń wyrównania.

PODAŁĄ
ELEONORA REICHER

Wykonane w ciągu ostatnich lat badania chorych z cierpieniami narządu krążenia wykazały, że w przypadkach zaburzeń wyrównania poza mechanicznemi zaburzeniami krążenia, które są bezpośrednią przyczyną tych zmian, występują w ustroju zaburzenia natury bardziej ogólnej, mogące również wpływać na stan krążenia.

Badania *Dautrebanda*, a także *Daviesa* i *Meakinsa* wykazały, że u chorych z niedomogą krążenia występują zmiany równowagi kwasowo zasadowej. Na ogół pod pojęciem zakwaszenia rozumie się ogólne zwiększenie kwasowości, zmniejszenie Ph jednakowe we krwi żylnej i tętniczej. Jednakże *Dautrebande* dowodzi, że mogą nastąpić odmienne zaburzenia w równowadze kwasowo zasadowej, to jest, że może równocześnie, ale w różnych dziedzinach wystąpić acidoza i alkaloza.

We krwi zależnie od zachowania się stosunku kwasu węglowego do węglanów występuje zakwaszenie albo zalkalizowanie. Jeżeli pierwotnie zwiększa się ilość kwasu węglowego, jak np. przy odychaniu kwasem węglowym, powstaje acidoza gazowa, jeżeli kwas węglowy nie zwiększa się pierwotnie, ale zostaje wypchnięty ze swych połączeń przez inne produkty kwaśne np, kwasy tłuszczowe w cukrzycy lub kwas mlekowy, powstający przy ciężkich wysiłkach fizycznych, wtedy zakwaszenie jest wtórne niegazowe. Natomiast jeżeli zmniejsza się ilość wydzielanego kwasu węglowego np. z powodu wzmożonego oddychania powstaje alkaloza gazowa; alkaloza niegazowa zaś tworzy się wtedy, gdy poziom węglanów osocza podnosi się np. z powodu wprowadzenia do ustroju większej ilości węglanów.

Ustrój utrzymuje stałość stosunku węglanów do wytwarzania kwasu węglowego w sposób niezmiernie uporczywy i przy wahaniach w górę lub w dół jednego z tych składników, drugi porusza się w tym samym kierunku.

Węglany są najważniejszym tłumikiem,

utrzymującym Ph krwi na stałym niezmiennym poziomie, koniecznym dla życia ludzkiego. Obok węglanów rolę tłumików spełniają jeszcze fosforany, alkaliproteiny, hemoglobina. Duże znaczenie w roli tłumików posiadają także chlorki krwi, gdyż przy znaczniejszym powiększeniu produktów kwaśnych służą one do zwiększania ilości węglanów, gdyż kation Na wiąże kwas węglowy, zaś anion Cl przechodzi do czerwonych ciałek krwi. Utrzymanie Ph krwi na stałym poziomie odbywa się za bezpośrednią pomocą najważniejszego tłumika, to jest węglanów. Z chwilą wytworzenia się większej ilości produktów kwaśnych część zasadowa węglanów oswobadza się, wiążąc te produkty kwaśne, zaś kwas węglowy zostaje wydzielony przez płuca. Ta praca nad utrzymaniem równowagi kwasowo - zasadowej ustroju odbywa się przy ścisłym współudziale płuc i nerek. Czynności płuc związane są ściśle ze stopniem kwasowości krwi; przy obniżaniu Ph występuje zwiększenie wentylacji płucnej z równoczesnem większym wydzielaniem kwasu węglowego. Nerki wydzielają kwasy w stanie wolnym i związanym, zaoszczędzając zasób zasad ustroju.

Otóż badania *Dautrebanda* i wspomnianych autorów wykazują, że przedewszystkiem w zastoinie miejscowej, wywołanej doświadczalnie, powstaje zakwaszenie krwi żylnej. To zakwaszenie jest następstwem zastoju i powiększenia się z tego powodu ciśnienia kwasu węglowego, co wtórnie pociąga za sobą wzbogacenie się ilości węglanów osocza, gdyż chlorki krwi wiążą swą zasadę z kwasem węglowym, a Cl przechodzi do krwinek. Równocześnie badania krwi na zawartość hemoglobiny wykazały, iż zwiększa się jej koncentracja, z czego wnioskuje *Dautrebande*, że woda przechodzi do tkanek, pociągając za sobą węglany. W ten sposób powstaje, dowiedziona przez zmniejszenie się zasobu zasad krwi żylnej, acidoza żylna nie gazowa. Otóż podobne warunki mają powstać u chorych z wadami serca, u których krążenie jest zwolnione; w okresie zaburzeń wyrównania ma występować u nich zakwaszenie żylne, stwierdzone przez *Dautrebanda* u chorych ze zwężeniem lewego ujścia żylnego. Stan ten, który prowadzi do przeładowania krwi kwasem węglowym i do zubożenia jej zasobu zasad obniża Ph krwi. *Meakins, Dautrebande* i *Petter* znaleźli w przypadkach zwężenia lewego ujścia żylnego we krwi tętniczej prawidłowe nasycenie tlenem, ale ilość kwasu węglowego była we krwi tętniczej zmniejszona, choć zdolność wiązania go przez krew tętniczą pozostała prawidłową. Podobny stan rzeczy powstać może tylko dzięki podrażnieniu ośrodka oddechowego, które prowadzi do wzmożonego oddychania, większego wydalania kwasu węglowego przez płuca i jego zubożenia we krwi tętniczej, wpływając jeszcze na powiększenie odległości między Ph żylnem a tętniczem. Z badań tych, wykonanych w przypadkach zastoiny miejscowej i u chorych ze zwężeniem lewego ujścia żylnego wynika, że „zgęszczenie krwi i większa koncentracja hemoglobiny, równoległa do podniesienia ciśnienia wolnego kwasu węglowego obniża zasób zasad przez przejście do tkanek wody i soli, a więc i węglanów". Jest to mechanizm, który według wspomnianych autorów tłómaczy nietylko zakwaszenie krwi żylnej chorych sercowych, ale i mającą powstawać następczo alkalozę.

Dalsze badania *Dautrebanda*, nad działaniem ciepła i zimna na równowagę kwasowo zasadową i na stan krążenia mogą mieć znaczenie i zastosowanie w leczeniu chorych sercowych. *Dautrebande* znalazł, że miejscowe kąpiele zimne, polegające na zanurzeniu ręki lub nogi w zimnej wodzie mają podobne działanie jak miejscowa zastoina. We krwi żylnej ma występować zmniejszenie Ph, zmniejszenie zasobu zasad i powiększenie kwasu węglowego oraz większa koncentracja hemoglobiny. Wszystkie to objawy stwierdzono i w ramieniu drugiej połowy ciała, które pozostawało w wodzie, choć w mniejszym stopniu. Działanie gorących miejscowych kąpieli badali *Haldane, Meakins* i *Davies*. W przypadkach zwężenia lewego ujścia żylnego *Dautrebande, Fetter* i *Meakins* stwierdzili, że pod działaniem miejscowych kąpieli ciepłych powiększa się zasób zasad i Ph krwi. Jeżeli u ludzi zdrowych moczyć dość długo rękę w gorącej wodzie nietylko przyśpiesza się tętno, ale rozszerzają się żyły ręki niepozostającej w wodzie i we krwi żylnej tej ręki zwiększa się sposób zasad, a zmniejsza kwas węglowy. U chorych z zaburzeniami krążenia po ciepłych kąpielach miejscowych wzrasta wentylacja płucna, podnosi się ciśnienie skurczowe i wskaźnik oscylometryczny i to nietylko po stronie zanurzonej w wodzie, ale i po stronie przeciwnej, powiększa się także bardzo znacznie rzut skurczowy krwi czyli występuje działanie podobne

do działania naparstnicy, a równocześnie odległość między Ph krwi żylnej i tętniczej się zmniejsza. Wobec tego pożytecznego działania miejscowych kąpieli ciepłych, które zaznacza się również w korzystnem działaniu okładów ciepłych na okolicę wątroby u chorych z objawami niedomogi, leczył *Dautrebande* ciepłymi miejscowemi kąpielami pewne objawy niedomogi serca u chorych, którzy znosili źle naparstnicę. Chorym tym pogrążano codziennie na 30—45 minut dobrze nawazelinowaną rękę lub nogę w gorącej wodzie. U pewnych chorych mają się po tym zabiegu zmniejszać obrzęki, duszność i sinica, zmniejszać ma się również zastój w płucach. W innych przypadkach ma jednak występować reakcja niekorzystna, ma się zjawiać bicie serca wzmożone oddychanie etc, co wskazuje, że z leczniczem stosowaniem miejscowego ciepła należy być ostrożnym.

Znaczenie czynnika obwodowego dla stanu krążenia, na które wskazują badania wspomianych autorów w ostatnich latach, rozszerzył, choć idąc w innym kierunku *Eppinger* ze swoimi współpracownikami. W monografji *Eppingera*, *Kischa* i *Schwarza* wykazują ci autorzy, że u chorych sercowych podstawowa przemiana materji jest wyższa jak u ludzi zdrowych, że przy tej samej pracy, którą wykonują ludzie zdrowi, chorzy sercowi zużywają większą ilość tlenu i że wreszcie często u chorych sercowych stwierdza się hyperwentylację. Wzmożone oddychanie chorych sercowych nastąpić może nawet wtedy, gdy oddychają oni czystym tlenem, brak więc tlenu nie może wytłómaczyć ich duszności tembardziej, że i stopień utlenienia ich krwi często bywa najzupełniej wystarczający, szczególniej wtedy, gdy niema zmian w płucach. W dalszych swych badaniach *Eppinger* określał napięcie kwasu węglowego w powietrzu pęcherzykowem u ludzi zdrowych i u chorych sercowych. Badania te wykazały, że chorzy sercowi mają mniejsze napięcie kwasu węglowego w powietrzu pęcherzykowem, jak ludzie zdrowi i że po pracy zmniejszenie napięcia kwasu węglowego, występujące i u zdrowych jako wyraz pewnej dość szybko przemijającej alkalozy, u chorych sercowych trwa znacznie dłużej. Według *Eppingera* już z tego można wnioskować o pewnem zakwaszeniu krwi chorych sercowych.

Jak widać z przytoczonych badań autorzy w szerokiej mierze posługiwali się pracą fizyczną do zbadania zmian głębszych i ogólniejszych, które przy większym obarczeniu występują w ustroju chorych sercowych. Żeby te zmiany należycie ocenić trzeba sobie dokładnie uprzytomnić procesy chemiczne, zachodzące w ustroju pod wpływem pracy fizycznej.

Jak wiadomo źródłem pracy mięśniowej są węglowodany, w szczególności glikogen. Wiadomem jest także, że odczyn mięśnia pracującego, czy też zmęczonego, staje się kwaśnym i że w czasie pracy mięśniowej zmniejsza się ilość glikogenu mięśniowego przy równoczesnem powiększeniu się kwasu mlekowego. Wnioskowano więc z tego, że glikogen jest właśnie tym źródłem, z którego wytwarza się kwas mlekowy. Lecz dawniej przypuszczano, że kwas mlekowy powstaje z glikogenu jako produkt spalania, obecnie jednak wiadomo, że tak nie jest, że tworzenie się kwasu mlekowego z glikogenu czy z cukru jest reakcją, która się odbywa bez współdziałania tlenu. Jest to rozszczepienie cukru, przy którem z jednej drobiny cukru tworzą się dwie drobiny kwasu mlekowego. Z licznych badań *Fletchera*, *Hopkinsa*, *Hilla*, *Meyerhofa*, *Verzara*, pokazało się, że praca mięśniowa odbywać się może zupełnie bez współdziałania tlenu, którego zużycie przypada na chwilę odpoczynku, służąc do zniszczenia powstałego w czasie pracy anaerobowo kwasu mlekowego. Wynikło to ze spostrzeżeń, które wykazały, że zużycie tlenu mięśnia pracującego jest nieco spóźnione w stosunku do pracy i że ciepło wytwarza się nie tyle w okresie pracy, ile w chwili odpoczynku. Ilość tlenu zużyta w chwili wypoczynku i ilość wytwarzającego się wtedy ciepła są jednak znacznie mniejsze w stosunku do znikającego kwasu mlekowego. Zużyta ilość tlenu wystarczyłaby zaledwie na spalenie $^1/_5$ części kwasu mlekowego, wytworzonego w czasie pracy. Powstało wobec tego przypuszczenie, że pozostałe $^4/_5$ niespalonego kwasu mlekowego zamieniają się znowu na cukier lub na glikogen, energji zaś do tej syntezy dostarcza częściowe spalanie kwasu mlekowego.

W warunkach normalnych u ludzi zdrowych ilość kwasu mlekowegowe krwi wynosi od 6 — 22 mgr %. Ruch mięśniowy, szczególniej ruch silniejszy, bardzo znacznie zwiększa te ilości kwasu mlekowego we krwi, naogół jednakże u ludzi zdrowych znaczniejsze zwiększenie kwasu mlekowego we krwi występ-

puje tylko po wysiłkach bardzo ciężkich, ale i wtedy największe ilości kwasu mlekowego we krwi znajdują się dopiero w okresie spoczynkowym, następującym po wysiłku. Stan taki wytwarza się dlatego, że przy uciążliwszej pracy powstający w mięśniu kwas mlekowy nie spala się od razu, ale nagromadza się w mięśniach i stąd powoli przechodzi do krwi, przesuwając jej reakcję w kierunku strony kwaśnej. U ludzi zdrowych to przesunięcie występuje jedynie po wysiłkach bardzo ciężkich. Ponieważ zmęczenie mięśnia zależy od ilości kwasu mlekowego, który się w nim wytwarza, wypoczynek będzie zależeć wprost odwrotnie od ilości i od szybkości z jaką tlen zostanie do mięśnia doprowadzony, czyli od krążenia krwi w samym mięśniu. Jest to tem ważniejsze, że stan krążenia w mięśniu pozostaje pod działaniem stężenia w nim jonów wodorowych. Nieznaczne zmniejszenie Ph rozszerza naczynia włosowate i wywołuje lepsze krążenie, tak iż w razie pracy niezbyt uciążliwej sam mięsień wytwarzając pewną kwasicę lokalną, reguluje korzystnie warunki swej pracy. Jednakże przy bardzo wytężonej pracy fizycznej, gdy się znacznie powiększy gromadzący się w mięśniu kwas mlekowy i Ph mięśnia wybitnie się przesunie w kierunku strony kwaśnej, wtedy zamiast rozszerzenia naczyń włosowatych mięśnia wystąpić może ich zwężenie. Krążenie w mięśniu się wtedy pogarsza, co sprzyja jeszcze większemu nagromadzeniu kwasu mlekowego i powiększa i tak już zbyt dużą kwasicę miejscową. Wytwarza się w tych warunkach pewne błędne koło, które doprowadzając mięsień do zmęczenia, zmusza tym samym do przerwania pracy i dopiero w okresie wypoczynkowym spala się wtedy pozostała po pracy reszta kwasu mlekowego. Spalenie pozostałości kwasu mlekowego wywołuje w okresie wypoczynkowym po pracy zależnie od wielkości tej resztki większe zużycie tlenu i tworzy tak zwany dług tlenowy, podczas kiedy całkowita ilość tlenu zużyta w czasie samej pracy, przy której spala się, wytwarzający się stale podczas skurczu mięśni kwas mlekowy łącznie z ilością tlenu zużytą w okresie wypoczynkowym tworzy t. zw. requierment. U normalnego zdrowego człowieka zużycie tlenu po pracy przeciętnej wraca do normy po 5—7 minutach. Oczywiście im człowiek jest bardziej do danej pracy przyzwyczajony, tem mniejsze będzie zużycie tlenu dla tej samej pracy i tym mniejszy będzie dług tlenowy. *Eppinger* twierdzi, iż z długu tlenowego można do pewnego stopnia wnioskować o ilości spalonego kwasu mlekowego (1 litr długu tlenowego ma odpowiadać 7 g. kwasu mlekowego), a więc i o tem, jaka ilość tego kwasu została odciągnięta od resyntezy glikogenu.

Zgodnie z badaniami poprzednich autorów u ludzi zdrowych *Eppinger* i jego współpracownicy nie znaleźli po pracy przesunięcia Ph krwi w kierunku strony kwaśnej. Natomiast u chorych sercowych już w spokoju stwierdzano przesunięcie alkalicznej reakcji krwi w kierunku strony kwaśnej, jak przypuszcza *Eppinger*, z powodu obecności we krwi kwaśnych produktów pracy mięśniowej. Po pracy to przesunięcie oddziaływania krwi w kierunku strony kwaśnej występuje u chorych sercowych jeszcze w znaczniejszym stopniu i dług tlenowy ma być u chorych sercowych większy, jak u ludzi zdrowych. Autorzy ci przypuszczają, że łatwość z jaką u tych chorych występuje zakwaszenie krwi jest wywołana zmniejszeniem ciał tłumikowych. Oznaczali oni po pracy we krwi chorych sercowych kwas mlekowy i znaleźli, że niewielka praca, która u ludzi zdrowych nie podnosi jeszcze poziomu kwasu mlekowego we krwi, u chorych sercowych działa na wzrost tego poziomu bardzo znacznie. W moczu chorych sercowych mają się również znajdować większe ilości kwasu mlekowego, wreszcie w płynie obrzękowym wykazał również *Eppinger* obecność kwasu mlekowego. *Eppinger* i jego współpracownicy przypuszczają również, że większe ilości kwasu mlekowego we krwi chorych sercowych można wytłomaczyć niedostatecznem spalaniem tego kwasu. Na potwierdzenie tego przywodzą oni swe doświadczenia, w których podawali ludziom zdrowym i chorym sercowym natrium lacticum śródżylnie. Połączenie to znika mniej szybko ze krwi chorych sercowych, jak ze krwi ludzi zdrowych lub chorych sercowych z krążeniem wyrównanem. Ma to doświadczenie przemawiać za tem, że ustrój chorych sercowych zatracił zdolność szybkiego niszczenia, krążącego we krwi kwasu mlekowego.

W związku z badaniami poprzednimi, które wykazały nietylko większe zużycie tlenu przez chorych sercowych przy pracy,

ale i większy jak u ludzi zdrowych dług tlenowy, budują *Eppinger* i jego współpracownicy swoją teorję niedomogi krążenia. Powiększenie podstawowej przemiany chorych sercowych ma powstawać na tle zmian w przemianie kwasu mlekowego, najprawdopodobniej z powodu gorszej jego resyntezy na glikogen. Miarą zaś tej gorszej resyntezy, to jest ilości kwasu mlekowego odciągniętego od resyntezy na glikogen, ma być ilość, zużytego w czasie odpoczynku po pracy tlenu, czyli tak zwany dług tlenowy. Według tego pojęcia człowiek z zaburzeniami wyrównania jest to człowiek chory na przemianę materji. Miejsce schorzenia znajdować ma się tam, gdzie w warunkach prawidłowych odbywa się ekonomiczna przemiana kwasu mlekowego na glikogen, to jest w mięśniach.

Obwodowe zaburzenia przemiany materji według tej teorji mają być jednym z najważniejszych czynników powstawania niedomogi krążenia, zaś istotnym ich sprawcą ma być niedostateczne wyzyskanie tlenu przez obwód i niedostateczne spalanie z tej przyczyny kwasu mlekowego.

Warunki, które szczególniej po pracy sprzyjają lepszemu doprowadzeniu tlenu do tkanek, są liczne i różnorodne. Sam mechanizm krążenia czyni, że przy pracy, zwiększa się skurczowy rzut krwi i minutowa objętość serca, podnosi się ciśnienie skurczowe, zwiększa się szybkość obiegu krwi i częstość tętna, równocześnie zwiększa się wentylacja płucna. Tym wszystkim mechanizmom, mającym na celu lepsze doprowadzenie tlenu do pracujących mięśni, szczególnie sprzyja przystosowanie się do pracy obwodu, które czyni, iż w pracującym mięśniu wyzyskanie tlenu jest lepsze, tem lepsze im bardziej osobnik jest do pracy, którą wykonuje przyzwyczajony, zaprawiony. Z tego też względu ludzie wytrenowani pokonywują większą pracę z mniejszym wysiłkiem, z mniejszem przyśpieszeniem czynności serca, jak ludzie niewytrenowani.

Mechanizm, który ułatwia lepsze zużycie tlenu w czasie pracy jest również złożony. Sprzyja temu rozszerzenie i otwieranie nowych naczyń włosowatych w pracujących mięśniach, przez co powiększa się niezmiernie powierzchnia zetknięcia między krwią i tkankami, a zwolnienie obiegu krwi wywołane rozszerzeniem łożyska ten kontakt jeszcze przedłuża. Oprócz tych mechanicznych czynników działają jeszcze i czynniki natury fizykochemicznej, które z powodu zjawienia się kwaśnych produktów pracy w mięśniach sprzyjają rozpadowi oksyhemoglobiny, do czego przyczynia się jeszcze i wzmożenie ciepłoty ciała w czasie pracy. Ostateczna sprawność tych wszystkich złożonych mechanizmów, które w rezultacie końcowym zmierzają do jednego celu, mianowicie zaopatrzenia pracujących tkanek w odpowiednie w stosunku do ich potrzeb ilości tlenu, zależy w swej istocie od czynności naczyń włosowatych. Według prac *Eppingera* i jego współpracowników u chorych z wadami serca, wykazujących zaburzenia wyrównania, wyzyskanie tlenu na obwodzie jest złe, to znaczy, że musi przez ten obwód w stosunku do warunków normalnych przepłynąć większa ilość krwi po to, by tkanki otrzymały określoną ilość tlenu. Pierwszym następstwem takiego stanu rzeczy jest szybszy przebieg krwi z części żylnej do części tętniczej krążenia. Ponieważ wyzyskanie tlenu na obwodzie jest niedostateczne, musi wogóle krążenie krwi stać się szybszem po to, żeby obwodowi dostarczyć koniecznej dla jego potrzeb ilości tlenu; szybko krążąca krew wraca prędzej do serca, przyspiesza się akcja serca. Bezpośrednim więc rezultatem gorszego wyzyskania tlenu na obwodzie jest znaczniejsze obciążenie serca, ale istotną przyczyną wszystkich tych zaburzeń jest upośledzenie sprawności naczyń obwodowych, których czynność w myśl tych poglądów jest podwójna. Mają one dostarczyć tkankom należyte w stosunku do ich potrzeb ilości tlenu i mają być ochroną mechaniczną serca. Przy uszkodzeniu obwodu traci on swą sprawność jako tama dla serca, które się wypełnia większą ilością krwi i dlatego w pewnych przypadkach zaburzeń wyrównania objętość skurczowej fali może być zwiększona.

Zmiany te występują u chorych z zaburzeniami wyrównania już w spokoju, w warunkach pracy stają się wyraźniejsze i dłużej trwałe, to znaczy że powiększenie skurczowej fali nietylko ma być po pracy jeszcze większe, jakw warunkach prawidłowych, ale pozostaje jeszcze pewien czas po pracy i również zużycie tlenu jeszcze pewien czas po pracy jest wzmożone Można więc na podstawie tych wywodów powiedzieć, że organizm chorych sercowych szczególnie

tych, którzy mają zaburzenia wyrównania, pracuje nieekonomicznie, nietylko zużywa większą ilość tlenu na swą gospodarkę w zupełnym spokoju, ale potrzebuje większej ilości tlenu dla wykonania tej pracy, którą człowiek zdrowy pokrywa mniejszą ilością tlenu; nieekonomicznie pracuje także i samo serce, które obarczone jest większą ilością napływającej krwi, a pracuje ponadto w warunkach niekorzystnych, gdyż odżywiane jest krwią zakwaszoną, na którą jest szczególnie wrażliwe. Wszystkie te zmiany powstawać więc mają z powodu złego wyzyskania tlenu na obwodzie, którego przyczyna jednak zupełnie wyjaśniona nie jest.

Poglądy te, które mogą mieć znaczenie dla lecznictwa przez oględne zastosowanie fizykalnych metod leczniczych np. lekkiego masażu dla zwalczania zaburzeń wyrównania nie przez wszystkich autorów są przyjęte, a w szczególności nie przez wszystkich jednakowo interpretowane. Bez wątpienia jednakże dużą zasługę *Eppingera* i jego szkoły jest zwrócenie uwagi na zmiany przemiany materji, zmiany ogólniejszej natury, występujące u chorych z zaburzeniami wyrównania.

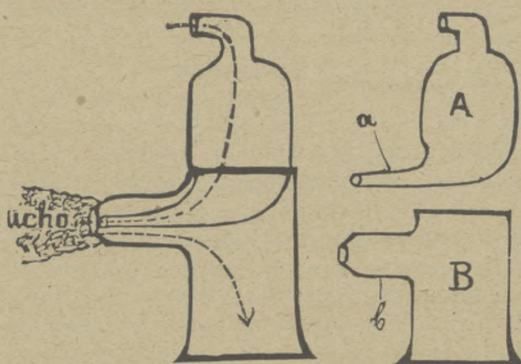
DR. LEON ZAMENHOF

Przyrząd automatyczny do przepłukiwania ucha w ropotokach.

Wielorakość i niezgodność metod, dotyczących leczenia ropotoków usznych zależne są w dużym stopniu od niekorzystnych warunków topograficznych, utrudniających dostęp do zródła choroby Zasadniczy postulat oczyszczenia ucha z ropy przed wprowadzeniem doń lekarstwa był dotychczas trudno wykonalny, gdyż głębokie manipulowanie w uchu czy to za pomocą wacików, czy też strzykawek jest ze względu na możliwość urazu przeciwwskazane. Metoda wkraplań lekarstw do ucha wypełnionego ropą, dziś najwięcej rozpowszechniona, jest najlepszem dowodem, że w tej dziedzinie jesteśmy skazani na terapję *„ut aliquid fiat"*. O ile w sprawach ostrych często nawet bez zabiegów otrzymujemy wyleczenie, o tyle w sprawach przewlekłych metoda ta, oczywiście, chybia zupełnie celu.

Szukając wyjścia z tego trudnego położenia, skonstruowałem przyrząd, który zadanie to w praktyce rozwiązuje całkowicie. [1])

Składa się on z dwuch oddzielnych naczyń, górnego *A* i dolnego *B*. Do naczynia *A* wlewa się przez górny otwór lekarstwo, mogące służyć jednocześnie jako płyn do przepłukiwania ucha (nprz. H_2O_2, rozczyn Rivanolu lub t p.) i zamyka się je szczelnie korkiem Następnie wstawia się je do naczynia *B* według załączonego rysunku i ująwszy w ten sposób zestawiony przyrząd jedną ręką, wprowadza się go



zakończeniem *b* do przewodu usznego. Po usunięciu korka płyn automatycznie płynie do ucha, po przepłukaniu którego odpływa do naczynia *B*.

Zalety tego przyrządu dadzą się streścić w następujących uwagach.

1. Daje on możność przepłukania ucha pod nieszkodliwem ciśnieniem.
2. Jako przyrząd, działający automatycznie, czyni zbędną wszelką po-

[1]) Do nabycia w składzie instrumentów chirurgicznych H. Ambera, Warszawa, Marszałkowska 139.

moc obcą, gdyż może być łatwo zastosowany przez samego chorego i to w różnych pozycjach, co ma niezmiernie ważne znaczenie w przypadkach obłożnych.

3. Jako cały ze szkła jest on zupełnie aseptyczny; może być zastosowany do wszystkich płynów.
4. Pod względem technicznym upraszcza do minimum dotychczasową skomplikowaną terapję ropotoków usznych.

Dotychczasowe próby z tym przyrządem potwierdziły w zupełności jego celowość, z pośród licznych opinji przytaczam następujące.

Prof. *G, Alexander* z Wiednia pisze:

„Wypróbowałem go z dobrym rezultatem na licznym materjale klinicznym, częściowo własnoręcznie, częściowo przez chorych samych. Przedstawia on bardzo doniosły nabytek dla techniki leczenia ropotoków usznych. Duże korzyści dał mi on zwłaszcza w przypadkach pooperacyjnych...

Wyrażam powinszowanie z powodu doskonałej konstrukcji przyrządu.

Prof. *J. Szmurło* z Wilna uważa przyrząd za bardzo dobry, gdyż daje on prąd wody, wyłączający wszelkie niebezpieczeństwo dla ucha. Ponieważ daje się on łatwo wyjałowić i również z łatwością zastosować w ręku chorego, zasługuje on na rozpowszechnienie, *Dr. L. Lubliner,* ordynator oddziału otolaryngologicznego w Warszawie, dochodząc do tych samych wniosków, zaznacza, że przyrząd ten dzięki swej niezwykle pomysłowej i prostej konstrukcji stanie się niezbędnym w leczeniu wszystkich ropotoków usznych, gdyż ułatwia on terapję nietylko chorym lecz i lekarzom, zwłaszcza niespecjalistom na prowincji.

Prócz swego przeznaczenia terapeutycznego przyrząd ten w rękach lekarza ma wartość djagnostyczną, gdyż nadaje się znakomicie do badań błędnika za pomocą małych podniet według metody prof. *Kobraka.*

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Podciśnienie tętnicze i stany z nim związane.

Zespół podciśnienia tętniczego. (Le syndrome hypotension artérielle). C. Lian i A. Blondel. *Le Journ. Méd. francais. Nr. 12. r. 1929.*

Do ostatnich czasów mało zwracano uwagi na stałe lub czasowe obniżenie ciśnienia tętniczego, uważając je jedynie za objaw, względnie powikłanie rozmaitych stanów chorobowych. Dopiero przed paru laty *Ferrannini, Martinet, Roberts, Friedlaender, Barach, Fossier* (czterej ostatni z Ameryki): *Stewards, De Dally* (z Anglji): *Martini i Pierach* (z Niemiec); *Luisada* (z Italji); oraz *Lian, Dumas, Giraud* i inni (z Francji) zajęli się szczegółowo sprawą podciśnienia tętniczego, ujmując je jako zespół, który nie jest tylko objawem lub skutkiem, czy powikłaniem pewnych chorób, ale któremu należy przypisać właściwość wywołania pewnych objawów chorobowych, tak np. zmęczenie, skłonność do omdleń a nawet zapaści, akrocyanozę i inne.

I. Podciśnienie tętnicze. Autorowie uważają obniżenie ciśnienia tętniczego. skurczowego poniżej 12 cm Hg, a ciśnienia rozkurczowego poniżej 7 cm Hg, za wyraz podciśnienia tętniczego. Do pomiarów używają metody osłuchowej (t. zw. metoda Korotkowa), mankietu szerokości 12 cm, przyczem dane odnoszą się do człowieka dorosłego, w pozycji leżącej.

Autorowie zwracają dużą uwagę na wzajemny stosunek między ciśnieniem skurczowem a rozkurczowem, podnosząc, że mała różnica między tymi dwoma ciśnieniami (np. mx 11, mn 8) świadczy o niedomodze serca, podczas gdy większa różnica (np. mx 11, mn 4) dowodzi dobrej czynności serca a nawet zwiększonej jego pobudliwości. Autorowie zgadzają się też z *Luisadą*, który zwraca uwagę na mięśniówkę tętnic, której osłabienie może wywoływać podobny skutek co czynność serca. Przy użyciu przyrządu Pachon'a należy zwrócić uwagę na wskaźnik oscylometryczny, który jest mniejszy przy osłabionej czynności mięśnia sercowego, większy zaś przy hypotonji tętniczej, jaka sprzyja tętnieniu tętniczemu. Naogół zarówno różnice ciśnienia skurczowego, jak i wskaźnik oscylometryczny, ze względu na powikłaną naturę przyczyn, zachowują się rozmaicie w przypadkach podciśnienia tętniczego.

II. Akrocyanoza Bezpośrednim skutkiem obniżenia się ciśnienia tętniczego jest obniżenie się ciepłoty skóry a zwłaszcza kończyn, co odczuwają chorzy szczególnie zimą. W niektórych przypadkach także i uszy, koniec nosa, usta, broda wykazują mniejszą ciepłotę niż inne okolice skóry. Do ochłodzenia się skóry dołącza się nieraz zmiana jej zabarwienia tak, że skóra staje się różową a często sino-fjoletową. Tego rodzaju sinawe plamy, nieraz lekko nacieczone, o obniżonej ciepłocie opisywano w okolicach ponad stawem skokowym i to pod różnemi nazwami. Do objawów akrocyanozy niekiedy dołączają się i skurcze naczyniowe, zwłaszcza w palcach, znane pod nazwą „doigts morts". Do tych objawów przedmiotowych dołącza się czasami uczucie marznięcia. Chorzy tacy skarżą się na zimno przenikające aż do kości, a jedna chora obserwowana przez autorów dla uniknięcia tego przykrego uczucia zmuszona była używać gorących kąpieli.

III. Skłonność do zmęczenia towarzyszy prawie stale zespołowi podciśnienia tętniczego. W przypadkach o średniem natężeniu choroby, chorzy w czasie nawet lekkiej pracy fizycznej są zmuszeni do siadaniu lub kładzenia się dla odpoczynku. Pozycja stojąca lub dreptanie na miejscu jest szczególnie męczące dla omawianych chorych. Wskutek tej wzmożonej skłonności do męczenia się występuje potrzeba długiego snu. Ośm, dziesięć godzin jest mniej więcej normą dla takich chorych, a wszelkie niedosypianie odbija się przez długi przeciąg czasu; nadto niezbędną także jest konieczność sypiania i po południu. Mimo tej skłonności do zmęczenia, chorzy na podciśnienie tętnicze mogą prowadzić i prowadzą nieraz życie bardzo czynne, dzięki odpowiedniemu trybowi życia. W przypadkach bardzo znacznego podciśnienia chorzy są zmuszeni przez większą część dnia leżeć. Najczęściej jednak skłonność do zmęczenia jest lekkiego stopnia tak, że dopiero dokładne wywiady wydobywają ją na jaw. Autorowie przypisują tę skłonność do męczenia się nie tyle samemu podciśnieniu, ile pewnym zmianom w układzie współczulnobłędnym, jak i w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, których rola w powstawaniu zespołu podciśnienia wydaje się być pewną. Niezależnie od stałego podciśnienia u takich chorych spotyka się też prawdziwe napady, w których podciśnienie spada do szczególnie nizkiego poziomu, na przeciąg kilku godzin lub dni, wśród ciężkich objawów chorobowych. W tych przypadkach chodzi niewątpliwie o niedokrwienie mózgu.

IV. Niedokrwienie mózgu. Znaczne zwolnienie lub znaczne przyspieszenie pracy serca doprowadza do zwolnienia krążenia krwi w mózgu, podobnie też znaczne obniżenie ciśnienia krwi tętniczego jest przyczyną niedostatecznego zaopatrzenia mózgu w krew. W obu przypadkach powstające niedokrwienie mózgu powoduje powstanie omdleń, niekiedy objawów podobnych do napadu padaczki, zapaści i t. p. Stałe podciśnienie tętnicze jest polem szczególnie podatnem dla powstawania powyższych objawów i dlatego należy do zespołu podciśnienia. W przypadkach lekkich chory traci równowagę na kilka sekund lub minut, poczem natychmiast przychodzi do siebie. W przypadkach cięższych chory blednie, odczuwa pustkę w głowie i musi się położyć aby nie stracić przytomności

tętno przytem zwalnia się, ciśnienie krwi spada, a po kilku minutach, niekiedy do godziny, leżenia chory przychodzi do siebie. W przypadkach jeszcze cięższych chory staje się prawie nieczuły, słyszy jednak i rozumie co się dzieje koło niego. Znaczne natężenie i długotrwałość powyższego stanu są już cechami zapaści, którą spotykamy w ciężkich postaciach rozmaitych chorób, np. w durze brzusznym. Obok zapaści i wyżej opisanych cech omdlenia, spotykamy też i prawdziwe zemdlenia, w których chory traci całkowicie przytomność i zdolność odczuwania, twarz staje się śmiertelnie blada, tętno niewyczuwalne. Na kilka sekund, czasem dłużej, (1 do 2 minut) osłuchowo nie stwierdzamy uderzeń serca, znikają też oddechy. Zemdlenie rzadko jest śmiertelne, najcześciej tętno powraca, aczkolwiek bardzo słabo napięte i wolne, twarz odzyskuje normalne zabarwienie i chory powraca do przytomności. Zemdleniu wyjątkowo mogą towarzyszyć napady podobne do napadów padaczki, albo do napadów apoplektycznych.

Inne objawy mózgowe, jak coma cardiale u chorych na cukrzycę którym towarzyszy obniżenie ciśnienie tętniczego, nie należą, ściśle biorąc, do zespołu podciśnienia, gdyż te objawy są wywołane i przez inne przyczyny niż tylko niedokrwienie mózgu.

V. Zaburzenia ze strony innych narządów spotyka się nierzadko w przypadkach podciśnienia. Autorowie jednak występują zdecydowanie przeciwko przyczynowemu łączeniu powyższych objawów z podciśnieniem. Ze strony przewodu pokarmowego nierzadko spotykamy aerogastrokolję, zaparcie stolca i opuszczenie trzew. W napadach znacznego podciśnienia mogą występować bóle w brzuchu, czasem w połączeniu z wymiotami, lub biegunki. Te zaburzenia są wywołane przejściowemi zmianami w splocie słonecznym, którego rola w powstawaniu podciśnienia jest niewątpliwa. Nie należy jednak zapominać, że podobne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego widujemy też w nadciśnieniu tętniczem.

Niektóre zaburzenia nerwowe, zwłaszcza depresja psychiczna, występują w podciśnieniu, z którem jednak nie łączą się przyczynowo, podobnie jak nie należy też identyfikować zespołu podciśnienia z neurastenją lub psychastenją. Autorowie podobnie jak i *Stewards* podkreślają, że u ludzi cierpiących na podciśnienie spotyka się często wielką moralną energję, zapomocą której zwalczają oni swą skłonność do zmęczenia, łącząc tem samem znaczną h poto ąję układu naczyniowo-sercowego z wybitnem napięciem układu nerwowego. Objawy depresji umysłowej i psychicznej u tego rodzaju chorych są przejściowej natury i zależą wyłącznie od przejściowych omdleń, względnie zemdleń.

Dość rzadko spotykamy w podciśnieniu białkomocz czynnościowy. Jeszcze rzadziej zmniejszone wydzielanie moczu, które według autorów nie zależy zupełnie od osłabionej pracy mięśnia sercowego, lecz raczej łączy się z niedostatecznem ukrwieniem z powodu podciśnienia. Osłabienie mięśnia sercowego, względnie wprost niedomoga mięśnia sercowego, spotykana u chorych na podciśnienie, bezwarunkowo nie należy do zespołu podciśnienia i tworzy jedynie jego powikłanie. Wielkość serca jest normalna lub zmniejszona, tony serca są czyste, niekiedy zaakcentowane wskutek wzmożonej pobudliwości serca. Częstość tętna zachowuje się rozmaicie.

VI. Wnioski. Autorowie na podstawie własnych badań oraz dyskusji przeprowadzonej na kongresie w Montpellier nad podciśnieniem dochodzą do następujących wniosków: obok zespołu nadciśnienia tętniczego istnieje zespół podciśnienia tętniczego, który posiada cztery zasadnicze cechy: 1) podciśnienie tętnicze, 2) obniżenie ciepłoty kończyn (akrocyanoza), lub ogólne obniżenie ciepłoty ciała, 3) łatwość do męczenia się, 4) skłonność do napadów niedokrwienia mózgu (zawroty głowy, omdlenia, zemdlenia).

Stałe samoistne podciśnienie tętnicze. (L'hypotension arterielle permanente d'allure idiopathique). C. Lian i A. Blondel. *Le Journ. Med. Francais. Nr. 12, r. 1929.*

W niniejszej pracy autorowie opisują zespół podciśnienia tętniczego, który utrzymuje się stale ze wszystkiemi, opisanemi w poprzedniej pracy, cechami (obniżenie ciśnienia tętniczego skurczowego i rozkurczowego, łatwość męczenia się, skłonności do omdlewań i zemdleń, obniżenie ciepłoty kończyn), w którym to jednak zespole nie spotykamy żadnych chorób ani zmian chorobowych, jakie mogłyby być przyczyną powyższego stanu.

Ten zespół spotyka się może nieco częściej u kobiet niż u mężczyzn, przyczem obserwacje autorów odnoszą się tylko do ludzi dorosłych. Skargi chorych zgłaszających się o porade odnosiły się do trzech ostatnich cech zespołu, o rozmaitym jednak stopniu natężenia.

Badanie fizykalne wykazywało w odniesieniu do serca brak jakichkolwiek poważnych zmian, niekiedy tylko można było stwierdzić lekkie rozdwojenie pierwszego tonu serca, (co może być objawem fizjologicznym), wzmożoną wrażliwość serca wyrażającą się zaakcentowaniem tonów, w rzadkich tylko przypadkach rozpoczynającej się niedomogi serca stwierdzano przyspieszenie tętna a niekiedy skurcze dodatkowe (extra-systole). Prześwietlenie promieniami *Roentgena* wykazywało zazwyczaj małe serce, wiszące. Tylko w przypadkach towarzyszącej niedomogi mięśnia sercowego, serce było nieco powiększone a nadto autorowie mogli potwierdzić spostrzeżenie *Mentla* z Pragi, który zwrócił uwagę, że w tych przypadkach amplituda skurczów serca jest zmniejszona. *J. Diaz* z Madrytu wykazał, że takie serca w czasie doświadczenia Valsalvy silniej zwiększają swoją objętość aniżeli serca zdrowe. Elektrokardiografja nie wykazała żadnych odchyleń od stanu prawidłowego. Co się tyczy tetnic, to na plan pierwszy wybijają się zmiany ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, opisane w poprzedniej pracy. Jedynie badania oscylometryczne poszczególnych odcinków ramienia wskazują na zwiększone rozszerzenie się naczyń. zbliżonych do obwodu.

Postaci kliniczne można odróżniać zależnie od przewagi, którejś z cech zasadniczych podciśnienia tętniczego. A więc postać z przewagą astenji lub ze skłonnością do zemdleń, albo wreszcie ze szczególnie wybitną akrocyanozą. Z postaci nieprawidłowych należy zwrócić uwage na postać nerkową (ze zmniejszoną ilością oddawanego moczu lub z białkomoczem), lub postać cechującą się opuszczeniem trzew albo zaburzeniami przewodu pokarmowego. Istnieje też ukryta postać podciśnienia tętniczego, w której oprócz przedmiotowego objawu obniżonego ciśnienia nie stwierdzamy żadnych innych zmian chorobowych. Najważniejszą postacią jednak

jest postać postępowego podciśnienia, w której występują napady coraz silniejszego nagłego obniżenia ciśnienia, z omdleniami, zemdleniami, uczuciem znacznego zmęczenia i akrocyanozą.

Z powikłań autorowie obserwowali lekką niedomogę serca, z dusznością po wysiłkach i z objawami opisanymi wyżej ze strony serca. Co się tyczy skłonności tych chorych do ulegania wstrząsom w przebiegu operacji, znieczulenia ogólnego, porodu i t. p., to autorowie zwracają uwagę na zmniejszoną wrażliwość naczynioruchową u chorych z podciśnieniem tętniczem, wobec czego sądzą, że podnieta do wstrząsów nie musi tu być silniejsza aniżeli u innych chorych.

Autorowie sądzą, że na patogenezę podciśnienia tętniczego samoistnego należy się zapatrywać z tego samego punktu widzenia, jak na samoistne nadciśnienie tętnicze, t. zn. przyczyn podciśnienia tętniczego należy szukać w schorzeniu i zmienionej czynności układu wegetatywnego oraz w zaburzeniach natury humoralnej. Według badań autorów z zaburzeń w układzie wegetatywnym należy podnieść wyraźnie zmniejszoną pobudliwość nerwów współczulnych, naczyniowych. We krwi autorowie stwierdzali zwiększenie się ilości potasu, podczas gdy podstawowa przemiana materji i zasób zasad krwi nie wykazuje zmian u tych chorych. Ponieważ badania, zwłaszcza *Kylin'a*, wskazywały na podobne zmiany w układzie wegetatywnym w przebiegu podciśnienia i nadciśnienia tętniczego, przeto autorowie wyraźnie wskazują na błąd, jaki się czyni przy badaniu odruchu oczno-sercowego i w badaniach typu farmakologicznego, jeżeli z wyników tych badań chce się wyprowadzać wnioski dotyczące całego układu wegetatywnego. W badaniach dotyczących napięcia układu wegetatywnego należy zwrócić uwagę, według autorów, na odczyn każdego poszczególnego narządu, wówczas okaże się, że wprawdzie serce wykazuje zupełnie analogiczny odczyn zarówno w podciśnieniu jak i w nadciśnieniu, to jednak naczynia przy zastosowaniu metody pletysmograficznej wykazują zmniejszoną pobudliwość nerwu współczulnego, naczyniowego w podciśnieniu tętniczem, podczas gdy w nadciśnieniu pobudliwość ta jest znacznie zwiększona. Dalsze badania wykazują, że w podciśnieniu czynność serca ulega lekkiemu zmniejszeniu. W dalszym ciągu pracy autorowie przeprowadzają porównanie patogenezy podciśnienia i nadciśnienia tętniczego i dochodzą do wniosku, że w nadciśnieniu tętniczem gra dominującą rolę zwiększona pobudliwość nerwów współczulnych, zaopatrujących naczynia, podczas gdy w podciśnieniu tętniczem ta pobudliwość jest wyraźnie zmniejszona. Rola narządów o wewnętrznem wydzielaniu w powstawaniu podciśnienia tętniczego wydaje się autorom niezaprzeczalną, zwłaszcza w sensie niedomogi nadnerczy (wiele cech podciśnienia tętniczego spotykamy w chorobie *Addisona*) jajników i jąder, a być może i trzustki.

Rola podciśnienia tętniczego w powstawaniu innych cech zespołu daje się łatwo wytłómaczyć. W powstawaniu objawów zależnych od niedokrwienia mózgu, t. j. w omdleniach i zemdleniach, spotykamy dwa czynniki znaczne zwolnienie akcji serca (rzadziej znaczne przyspieszenie) oraz ostre i znaczne rozszerzenie naczyń krwionośnych, zwłaszcza brzusznych. Każdy z tych czynników z osobna, a szczególnie razem, muszą doprowadzić do niedokrwienia mózgu i zależnych od tego objawów, jasnem jest przeto, że chorzy ze stałem podciśnieniem tętniczem będą szczególnie skłonni do omdleń i zemdleń. Zwolnione krążenie krwi, rozszerzenie naczyń tetniczych a najprawdopodobniej i żylnych musi doprowadzić do objawów akrocyanozy. Co się tyczy łatwości ulegania zmęczeniu, można wyrazić dwa przypuszczenia. Być może, że chodzi tu o niedostateczne ukrwienie i odżywienie komórek i tkanek, z powodu zaburzeń krążenia wywołanych podciśnieniem, lub, też można przypuszczać, że ten sam wpływ hamujący czynność mięśniówki serca i naczyń zaznacza się, aczkolwiek w słabszym stopniu, także i w mięśniach szkieletowych, a być może i w całym ustroju. Aczkolwiek w myśl powyższych rozważań można dojść do dalszego uogólnienia oraz łączenia także i innych objawów spotykanych w podciśnieniu, w bezpośredni związek z zespołem podciśnienia (np, opadnięcie trzew, objawy psychasteniczne i t. p,), t. j. autorowie przestrzegają przed tak daleko idącem uogólnieniem, dowodząc, że wówczas zbyt nieograniczone pojęcie podciśnienia nie pozwoli na uważanie samoistnego podciśnienia tętniczego za jednostkę chorobową a, co zatem idzie, może nastąpić pomieszanie pojęcia podciśnienia tętniczego z neurastenją, psychastenją i t. p. Wreszcie autorowie raz jeszcze podkreślają, że chociaż zespół podciśnienia stawia sercu wyższe wymagania, to jednak w zasadzie nie doprowadza nigdy, sam dla siebie, do wyraźnej niedomogi serca.

Etjologja samoistnego podciśnienia tętniczego nie jest znana. Niektórzy autorowie skłonni są uważać powyższy zespół za wadę konstytucji, gdyż spotykano całe rodziny dotknięte tem cierpieniem, Być może, że niektóre przebyte cierpienia, zwłaszcza gruźlica i kiła są w pewnych przypadkach przyczyną powstania omawianego zespołu. Także i klimat można wciągnąć w zakres rozważań nad powstawaniem podciśnienia samoistnego, gdyż jest dowiedzionem, że ludzie zdrowi wyjeżdżający z Europy do krajów tropikalnych wykazują tamże obniżenie ciśnienia krwi, które powraca następnie do normy, skoro osobnicy ci powrócą do kraju rodzinnego, Niektórzy autorowie spotykali podciśnienie u sportowców i atletów, inni jak *Richard*, sądzą, że objawy podciśnienia występują u atletów dopiero wówczas, gdy kończy się okres pełnej ich aktywności.

Rozpoznanie samoistnego podciśnienia tętniczego nie napotyka na trudności, często takiego chorego uważa się za chorego nerwowo, lub za gruźliczego, lub wreszcie za hipochondryka. Należy zwrócić szczególną uwagę na zwężenie ujścia żylnego lewego serca, które może dawać podobne objawy chorobowe, nie mniej jednak ta wada przy odpowiedniej obserwacji daje się wyłączyć. Obniżenie ciśnienia tętniczego w tętnicy ramieniowej można też spotkać w procesach zwężających światło tętnicy podobojczykowej, wówczas jednak przy osłuchiwaniu tej tętnicy słyszy się wyraźny szmer skurczowy a nadto, w razie jednostronności procesu chorobowego, można stwierdzić znaczne różnice przy mierzeniu ciśnienia w obu tętnicach ramieniowych.

Przebieg omawianego zespołu wykazuje następujące cechy; w młodym wieku przeważa akrocyanoza, u dorosłych między 20 a 40 lat życia, zespół ten jest najwyraźniejszy, a zwłaszcza na plan pierwszy wybija się łatwość męczenia się, w wieku późniejszym uderza obniżenie ciśnienia tętniczego, szczególnie rażące w stosunku do wieku.

Rokowanie co do życia jest dobre, Statystyki towarzystw ubezpieczeniowych wykazują, że

ludzie z podciśnieniem tętniczem żyją dłużej niż ludzie z ciśnieniem prawidłowem. Naogół dobrotliwość podciśnienia tętniczego przeciwstawia się ciężkości przebiegu stałego nadciśnienia tętniczego.

Podciśnienie ostre i podostre w przebiegu chorób zakaźnych. (Les hypotensions aigues et subaigues au cours des maladies infectieuses). A. Dumas. *Le Journ. Med. francais. Nr. 12, r. 1929.*

W znacznej liczbie chorób zakaźnych, zarówno w przebiegu jak i w okresie zdrowienia spotykamy podciśnienie tętnicze.

W przebiegu duru brzusznego autor stwierdził w okresie narastania gorączki nieznaczne wzmożenie się ciśnienia skurczowego a obniżenie się ciśnienia rozkurczowego, a po kilku dniach powolny spadek ciśnienia skurczowego i dalszy spadek ciśnienia rozkurczowego. Najniższy spadek obu ciśnień stwierdza się zazwyczaj dopiero w okresie opadania gorączki a zatem krzywa ciśnienia wykazuje pewne opóźnienie w stosunku do krzywej ciepłoty i krzywej częstotliwości tętna. W dalszym przebiegu duru i w okresie zdrowienia ciśnienie tętnicze zarówno skurczowe, jak i rozkurczowe jest obniżone, mimo że ciepłota i częstotliwość tętna powróciły już do normy. Dopiero w późnym okresie rekonwalescencji ciśnienie wraca do stanu prawidłowego. W związku z podciśnieniem spotykamy także dwubitność tętna oraz tętno galopujące, dla tego też autor nie przypisuje tętnu galopującemu innego znaczenia, jak to, że jest ono wskaźniktem znacznego obniżenia ciśnienia. Wskaźnik oscylometryczny (oznaczony zapomocą przyrządu *Pachona*), w początku choroby jest nieco zwiększony, niebawem zmniejsza się zazwyczaj z równoczesnem przyspieszeniem tetna. Często też w późniejszych okresach duru brzusznego można stwiedzić chwiejność w zachowaniu się ciśnienia tętniczego a także i nierówność tętna, które różni się od tętna naprzemiennego tem, iż poszczególne zmniejszenie się wielkości fali tętna występuje nieregularnie. Ostatnio opisane objawy spotyka się wprawdzie w cięższym przebiegu duru brzusznego, nie dają one jednak same dla siebie złego rokowania.

W przebiegn duru brzusznego spotyka się nieraz ostre i znaczne obniżenie ciśnienia tętniczego z sinicą twarzy i innemi objawami zapaści. Tego rodzaju objawy bardzo często zależą od stanu i czynności serca, osobliwie zaś od rozpoczynającego się zapalenia mięśnia sercowego. W wielu przypadkach te objawy są wywołane nie tyle niedomogą mięśnia sercowego, ile nagłym spadkiem ciśnienia wskutek rozszerzenia się nączyń krwionośnych, wywołanego może niedomogą nadnerczy.

Samo obniżenie ciśnienia w omawianej chorobie należy do obrazu chorobowego i nie daje złego rokowania, większe znaczenie należy przypisać zachowaniu się wskaźnika oscylometrycznego, którego zmniejszenie się świadczy o podupadającej czynności serca. Autor zwraca też uwagę na obserwacje *Pic'a*, który w ciężkich przypadkach chorób zakaźnych a zwłaszcza duru brzusznego stwierdził obniżenie, a nawet zniesienie odruchów ścięgnistych; ten objaw daje złe rokowanie. Autor łączy powyższy objaw z obniżeniem ciśnienia tętniczego, jako wyraz obniżonego napięcia układu nerwowego i poleca w tych przypadkach stosowanie strychniny lub adrenaliny, które mogą tu lepiej zadziałać aniżeli nawet naparstnica. Dodatnie znaczenie przypisuje też stosowaniu chłodnych kąpieli.

W przebiegu zapalenia płuc u ludzi poprzednio zdrowych w początkach choroby stwierdza się nieznaczne podwyższenie ciśnienia, które niebawem opada a w okresie przełomu osiąga swój najniższy punkt, nieraz wśród burzliwych objawów, jak zapaść — poczem w okresie zdrowienia ciśnienie wraca do stanu prawidłowego, przyczem dopiero całkowity powrót ciśnienia do normy świadczy o zakończeniu się czasu rekonwalescencji.

W przebiegu zapalenia płuc u starców, u których ciśnienie krwi przed chorobą jest zawsze podwyższone — widzimy również powolne opadanie ciśnienia tętniczzgo. Bardzo znaczne i szybkie opadanie ciśnienia tętniczego daje bardzo złe rokowanie. U 8-miu chorych, którzy zmarli z powodu zapalenia płuc autor stwierdził spadek ciśnienia w ciągu czterech dni choroby od 20 do 80 mm Hg przeciętnie 52 mm Hg. U innych chorych spadek ciśnienia był niższy i chorzy ci wyzdrowieli. W tej grupie 14-tu chorych spadek ciśnienia wynosił od 0 do 30 mm Hg, przeciętnie 20 mm Hg.

Zapalenie płuc u chorych ze stałem nadciśnieniem wywołuje również spadek ciśnienia, przyczem spadek ten, choć w mniejszym stopniu, utrzymuje się przez czas dłuższy i po wyleczeniu. Należy tu zaznaczyć, że znaczny spadek ciśnienia u tego rodzaju chorych wywołuje nieraz ciężkie objawy, a nawet śpiączkę, która mija z chwilą gdy ciśnienie znowu się podnosi. Aczkolwiek spadek ten bywa znaczny, to jednak nie dochodzi do liczb bardzo niskich, jak o tem świadczy obserwowany przez autora przypadek, który przed chorobą wykazywał ciśnienio mx 270 mm Hg. mn 130 mm Hg — podczas choroby, gdy ciśnienie opadło do mx 140mm Hg, mn 70 mm Hg pojawiła się śpiączka, znaczny białkomocz, afazja i inne objawy.

W innych chorobach zakaźnych zachowanie się ciśnienia tęttniczego jest podobne.

W rekonwalescencji utrzymywanie się podciśnienia tętniczego może świadczyć albo o cierpieniu mięśnia sercowego, albo też o niedomodze nadnerczy. Myocarditis postinfectiosa zdradza się przyspieszonem stale tętnem zwłaszcza w spoczynku oraz występowaniem przerw w skurczach komórki zmniejszenie się wskaźnika oscyleometrycznego. O ile powyższych objawów niema a natomiast na pierwszy plan występują objawy podciśnienia, wówczas należy przypuszczać, że w grę wchodzi obniżona czynność nadnerczy.

Podciśnienie tętnicze i układ sercowo-naczyniowy w objawach wstrząsu. (L'hypotension artérielle et l'appareil cardio-vasculaire dans les phénoménes de shock). A. Luisada. *Le Journ. Med. francais. Nr. 12 r. 1929.*

W niniejszej pracy autor szczegółowo omawia zachowanie się ciśnienia w poszczególnych, ważniejszych naczyniach ustroju rozmaitych zwierząt w prze iegu wstrząsu anafilaktycznego oraz wstrząsu, wywołanego rozmaitymi środkami, jak np. histaminą. Nastepnie autor omawia obniżenie ciśnienia we wstrząsie anafilaktycznym u ludzi, wywołanym przez powtórne, pozajelitowe wprowadzenie białka. Wreszcie zajmuje się wstrząsem anafilaktoidalnym u ludzi, wywołanym przez rozmaite czynniki. W zestawieniu autor podkreśla, że w objawach anafilaktycznych obniżenie ciśnienia krwi występuje stale i jest wywołane przez zmniejszoną pracę serca oraz zmniejszony dopływ krwi do serca. Znaczna część krwi jest wyłączona z obiegu lub

też krąży wolniej, zwłaszcza w naczyniach jamy brzusznej, wskutek blokady naczyń żylnych wątroby; do powyższych objawów dołącza się zwolnienie w krwiobiegu małym (płucnym), co wpływa na pracę obu komór serca.

W leczeniu objawów wstrząsu i złączonego z nim podciśnienia tetniczego należy stosować przedewszystkiem adrenalinę i efetoninę. Digital·na i kofeina rozszerzają naczynia wątroby. Także i azotany mogłyby mieć skuteczny wpływ, gdyż wpływają na powierzchniowe napięcie surowicy krwi, jak to wykazywał *Kopaczewski*. Leki narkotyczne w małych dawkach działają przeciwwstrząsowo i przez swój wpływ na układ nerwowy mogą się okazać skutecznemi. Zapobiegawczo można stosować chlorek wapnia.

Ogólne znaczenie podciśnienia tętniczego w przebiegu chorób przewlekłych. (Signification générale de l'hypotension artérielle dans les maladies chroniques). G. Giraud. *Le Journ. Méd. français: Nr. 12, r. 1929.*

Ze względu na to, że podciśnienie tętnicze spotyka się w całym szeregu chorób przewlekłych, autor podzielił omawiany materjał na dwie grupy.

Pierwsza grupa obejmuje choroby, w których występuje wyraźne uszkodzenie jednego lub więcej narządów, wywierających wpływ na ciśnienie tętnicze.

Do narządów bezpośrednio wpływających na ciśnienie tętnicze należy przedewszystkiem serce, którego zaburzona czynność obniża ciśnienie krwi: tu należy znaczne zwolnienie tętna, jakie doprowadza przedewszystkiem do zmniejszenia się ciśnienia rozkurczowego; następnie znaczne przyspieszenie akcji serca, które samo przez się wprawdzie doprowadza do wzmożenia ciśnienia krwi, ze względu jedak na s ojarzenia z innymi czynnikami prowadzi do obniżenia ciśnienia; wreszcie niemiarowość pracy serca, która wywołuje oscylacje w ciśnieniu tętniczem. Obok zaburzeń w czynnosci serca, wady zastawkowe, jak wiadomo, doprowadzają do obniżenia ciśnienia tętniczego bądźto skurczowego, bądź też rozkurczowego, albo też obu równocześnie. Tu należy wymienić zwężenie ujścia tętniczego lewego oraz zwężenie ujścia żylnego lewego. Niedomykalność zastawek aorty prowadzi do znacznego obniżenia ciśnienia rozkurczowego. Wreszcie niedomoga mięśnia sercowego, w jakiejkolwiek postaci może być przyczyną powstania podciśnienia.

Obok serca, stan naczyń również wpływa na ciśnienie tętnicze. Na plan pierwszy wysuwa sie tu znaczne rozszerzenie naczyń jamy brzusznej. Należy tu też ogólna hipotonja naczyniowa, która gra rolę w powstaniu samoistnego podciśnienia tętniczego, opisanego w poprzedniej pracy. Uszkodzenie ścian naczyń, a zwłaszcza rozsiana miażdżyca tętnic, obok podwyższenia się ciśnienia skurczowego, powinna prowadzić także do obniżenia się ciśnienia rozkurczowego, co jednak nie zawsze ma miejsce. Miejscowe uszkodzenie ścian naczyń, wywołujące zwężenie światła naczyń, prowadzi do ograniczonego obniżenia się ciśnienia tętniczego w odcinku, leżącym obwodowo od miejsca chorobowego. Podobnie też wpływa na ciśnienie aneurysma arterio-venosum.

Jako trzeci czynnik należy wymienić zachowanie się ilości krwi krążącej, a więc obniżenie ciśnienia z powodu znacznego upływu krwi.

O ile wyżej wymienione trzy czynniki wpływają na obniżenie ciśnienia krwi, o tyle rozmaite odczyny wyrównawcze ze strony ustroju starają się wyrównać to obniżenie ciśnienia, jak to spotykamy w znacznej liczbie zmian zastawkowych serca. Jako wyraz wyrównawczej zdolności ustroju można tu wymienić przerost serca oraz wspomagającą krążenie czynność naczyń.

Obok wyżej wymienionych narządów, które bezpośrednio wpływają na ciśnienie tętnicze, także stan chorobowy i innych narządów, aczkolwiek drogą pośrednią, może wywołać podciśnienie.

I tak uszkodzenia układu nerwowego, jak zespół *Parkinsona*, połowicze porażenie i t. p. mogą wywołać obniżenie ciśnienia. Obok układu nerwowego gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, a zwłaszcza nadnercza oraz układ chromochłonny, wpływają na ciśnienie krwi. Niedomoga tego układu, którego najwybitniejszym wyrazem jest choroba *Addisona*, wywołuje podciśnienie. Prawdopodobnie uszkodzenia i innych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu pojedyńczych lub mnogich wywołać mogą podciśnienie.

Druga grupa obejmuje uszkodzenie w całości układu, utrzymującego ciśnienie na prawidłowym poziomie. I tak stwierdzano obniżenie ciśnienia w okresach depresji nerwowej i w stanach wagotonicznych. Schorzenia wątroby, a zwłaszcza marskość wątroby typu *Laennec'a* przebiega z podciśnieniem, które towarzyszy też nieraz niedomodze wątroby. Ze schorzeń nerek, cierpienia typu nefrotycznego (z obrzękami) oraz skrobiawica nerek przebiega z podciśnieniem. U chorych na dychawicę oskrzelową spotykamy podciśnienie, jakie niektórzy autorowie przypisują anoksemji (niedostatecznemu utlenieniu krwi). Z zakażeń przewlekłych należy wymienić przedewszystkiem gruźlicę i kiłę, jako cierpienia wpływające na obniżenie ciśnienia. Nowotwory złośliwe, prowadzące, do charłactwa oraz niektóre przewlekłe zatrucia i schorzenia przemiany materji, sprowadzającewynędznienie, mogą być również przyczyną wystąpienia podciśnienia.

Ściśle tłumaczenie mechanizmu powstania podciśnienia jest dziś jeszcze niemożliwe, przynajmniej w większości wymienionych wyżej chorób. Autor podnosi prawdopodobieństwo istnienia zmian humoralnych pod wpływem tych cierpień, jako przyczynę powstawania podciśnienia.

Podciśnienie tętnicze wywołane zmianami w gruczołach dokrewnych. (Les hypotensions endocriniennes en clinique humaine). R. Turpin i Monnerot-Dumaine. *Le Journ. Méd. francais. Nr. 12 r. 1929*

I. Podciśnienie wywołane zmianami w nadnerczach o przebiegu ostrym. Jako cechy charakterystyczne należy tu wymienić: bezsilność mięśniowa, bóle w jamie brzusznej, nudności, wymioty, biegunka, pragnienie, obniżenie ciepłoty ciała, znaczne obniżenie ciśnienia, rozsiane na powłokach plamy bronzowe, wybroczyny w jamie ustnej. Przebieg trwa od paru dni do kilku godzin. W przypadkach nietypowych mogą wystąpić i inne jeszcze objawy, jak drgawki, znaczne przyspieszenie tętna i t-p. W postaci samoistnej na sekcji stwierdza się całkowite zserowacenie gruźlicze obu nadnerczy.

W przebiegu duru brzusznego, grypy, szkarlatyny, zimnicy, duru plamistego, spotykamy również ostrą niedomogę nadnerczy, przebiegającą ze znacznem obniżeniem ciepłoty ciała i astenją, przyczem

ten zespoł daje się niejednokrotnię zwalczyć zapomocą wprowadzenia adrenaliny. Jako przyczynę powstania tego rodzaju objawów należy wymienić utajoną gruźlicę nadnerczy lub krwotok do nadnerczy. Ostrą niedomogę nadnerczy mogą wywołać zatrucia gazami wojennymi, lub uśpienie zapomocą chloroformu, nadto urazy w okolicę nadnerczy mogą być również przyczyną powstania tego zespołu.

II. Podciśnienie wywołane zmianami w nadnerczach o przebiegu podostrym. Tu należą podciśnienia w przebiegu niektórych rekonwalescencji po chorobach zakaźnych oraz niedomoga nadnerczy o przebiegu podostrym bez charakterystycznego zabarwienia skóry u chorych na gruźlicę. Następnie obniżenie ciśnienia i uporczywe wymioty u ciężarnych, wreszcie choroba *Addison'a* o ostrym przebiegu.

III. Podciśnienie wywołane zmianami w nadnerczach o przebiegu przewlekłym. Tu należy prawdziwa choroba *Addisona*, zespoły podobne do choroby *Addison'a* o przebiegu bardzo przewlekłym, wystepujące zwłaszcza u chorych na gruźlicę, wreszcie zespoły niedomogi nadnercza o charakterze bardzo łagodnym, bez zmian skórnych, odznaczające się przedewszystkiem skłonnością do zmęczenia, przyczem siła mięśni jest zachowana, zawrotami głowy i t. p.

IV. Podciśnienie w przebiegu zaburzeń czynności innych gruczołów dokrewnych. Podciśnienie tętniczę spotykamy w niedomodze tarczycy (myxoedema), z charakterystycznem zwolnieniem akcji serca. Często też podciśnienie występuje w dystrophia adiposogenitalis oraz w niektórych cierpieniach przysadki mózgowej.

V. Z licznych badań fizjologów i klinicystów, wiadomo, że wydzielina nadnerczy t. j. adrenalina wpływa na podniesienie ciśnienia krwi drogą podrażnienia układu nerwu współczulnego. Badania nad tarczycą wykazują, że zwierzęta pozbawione tarczycy mają ciśnienie krwi zmniejszone. choć wyciągi tarczycy nie wpływają bezpośrednio na ciśnienie krwi. Wydzielina z tylnej części przysadki mózgowej wpływa na obniżenie ciśnienia krwi, podczas gdy badania nad wyciągami z grasicy dały wyniki rozbieżne. Ostatnio podnoszą, że niektore wyciągi z trzustki posiadają również zdolność obniżania ciśnienia krwi.

VI. Leczenie podciśnienia wywołanego niedomogą nadnerczy. Jako najlepszy sposób leczenia autorowie uważają codzienne spożywanie 2 do 3 gr, świeżego gruczołu nadnerczy, pochodzącego z wołu lub barana. Ze względu na trudności powyższego sposobu leczenia można polecić podawanie wyciągu z nadnerczy w dawce 20 do 75 ctgr. dziennie. Niestety nie wszystkie preparaty nadnerczy są równie czynne, Postępowanie powyższe nadaje się do leczenia przewlekłych schorzeń nadnercz, natomiast w ostrej lub podostrej niedomodze nadnerczy należy wstrzykiwać adrenaline, w odpowiedniej dawce, stosując także i środki nasercowe, ewentualnie strychninę lub efedrynę.

Leczenie podciśnienia tętniczego. (Traitement de l'hypotension arterielle) G. Lian i A. Blondel. *Le Journ. Med. francais. Nr. 12. r. 1929.*

I. Leczenie stałego samoistnego podciśnienia tętniczego. Ze środków stosowanych w powyższem leczeniu należy wymienić przedewszystkiem strychninę, ktorą autorowie podają doustnie, w następujący sposób: 2 dni po 20 kropli trzy razy dziennie, 2 dni po 22 krople trzy razy dziennie. W ten sposób podnosząc dzienną dawkę o 2 krople dochodzą do 30 kropli, poczem w podobny sposób obniżają tę dawkę aż do dawki początkowej. 20 kropli zawiera 1 mlgr. strychniny. To leczenie wpływa korzystniej na skłonność do zmęczenia, aniżeli na samo podciśnieuie.

Niektórzy autorowie stosują w tych przypadkach podskórne wstrzykiwania tlenu w dawkach wzrastających od 50 do 500, ccm. przyczem leczenie to trwa od czterech do 6 tygodni w przebiegu serji 12.tu wstrzyknięć, Wyniki bywają korzystne, najmniej jednak w odniesieniu do ciśnienia.

Ze względu na niepewność stosowania adrenaliny drogą doustną, autorowie podawali efedrynę lub efetoninę a później sanedrynę (fabr. Rhone-Poulenc) Ten ostatni preparat znajduje się w pastylkach po 2,5 ctgr.; w leczeniu podciśnienia należy podawać po pół pastylki trzy razy dziennie przed jedzeniem przez 10 do 12 dni, dawka ta może być później powoli zwiększana. Po przerwie 5—6 dni lek ten należy podawać dalej. Wyniki są podobne, jak przy podskórnem stosowaniu tlenu.

Leone radzi podawać adrenalinę drogą doodbytniczą, natomiast *Necker* podaje 1/4 do 1/2 mlgr. adrenaliny na cukrze lub pod postacią granulki, którą należy powoli rozpuszczać w ustach, gdyż wówczas adrenalina wchłania się przez błonę śluzową. Z podawaniem adrenaliny należy być bardzo ostrożnym, gdyż wrażliwość chorych na adrenalinę jest bardzo rozmaita.

Z innych sposobów leczenia należy wymienić elektroterapję, promienie pozafiołkowe oraz masaż, zwłaszcza okolicy splotu słonecznego, serca i bocznych okolic kręgosłupa.

II. Leczenie ostrych napadów podciśnienia. W przypadkach omdleń i zemdleń, obok domowych sposobów cucenia, oraz wstrzykiwania kamfory, sparteiny, kofeiny itp. należy stosować przedewszystkiem adrenalinę. Tę ostatnią należy wstrzykiwać raczej domięśniowo (zwracając pilnie uwagę, by nie wstrzyknąć jej do żyły), gdyż wstrzyknięcia podskórne mogą wywołać martwicę. Co do dawek trzeba być bardzo ostrożnym i nie wstrzykiwać naraz więcej, jak 0.5 mgr. O ile ten sposób leczenia nie daje wyniku, można wstrzykiwać adrenalinę dożylnie, rozpuszczając 0,25 mlgr w 20 ccm płynu fizjologicznego i wstrzykując niemiernie powoli, by w razie niepożądanych objawów móc natychmiast przerwać dalsze wprowadzanie adrenaliny. W przypadkach rozpaczliwych, gdy praca serca ustała i oddechy się zatrzymały, można wstrzyknąć adrenalinę dosercowo. W tych przypadkach wstrzykuje się 1 mlgr. adrenaliny, przyczem wyniki bywają korzystne, o ile od chwili wstrzymania się akcji serca nie upłynęło więcej niż 6 minut.

III. Leczenie napadów podciśnienia w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. W tych przypadkach stosujemy obok kamfory i strychniny, także digitalinę i adrenalinę. Digitalinę podają autorowie 10 kropli dziennie roztworu 1/1000 przez 7 lub 10 dni. Adrenalinę stosują pół do 1 mlgr. trzy razy dziennie, bądźto drogą doustną, bądź też dożylnie. Zamiast adrenaliny podają efedrynę w dawkach do 2,5 ctg. W ciężkich przypadkach autorowie stosują dożylne wstrzykiwania 0,25 mlgr ouabainy.

Z. Gorecki

CHIRURGJA.

Przyczynek do obrazu klinicznego i leczenia „Thrombo - arteriitis Buergera" (Syndrome d'obliteration artériel du membre inferieur droit, apparu au cours d'une phlébite superficielle et profonde avec embolies pulmonaires. Effet thérapeutique de l'acetylcholine). Tremolières i Véran. *Le Bull. Méd. Nr. 44, październik 1929.*

Autorowie podają opis spostrzeganego przez siebie i leczonego wstrzykiwaniami acetylcholiny przypadku, w którym stwierdzono objawy choroby *Buergera* (Thrombo-arteriitis obliterans) ze strony kończyny dolnej, w połączeniu z zapaleniem jej żył powierzchownych i głębokich i zatorami płucnemi.

U mężczyzny 50-letniego, cierpiącego od 2 miesięcy na zapalenie zakrzepowe żył jednej z kończyn dolnych, powikłane powtarzającemi się zatorami płucnemi, nagle wystąpiły objawy niedokrwienia całej tej kończyny, z gwałtownemi bólami, zasinieniem i ochłodzeniem skóry, rozlanem obrzmieniem, zupełnem zniesieniem czucia i ograniczeniem ruchów czynnych, ale bez zmian odżywczych. Kiłę i cukrzycę wyłączono. Zaczęto wstrzykiwać codziennie 0,2 acetylcholiny. Po pierwszem wstrzyknięciu bóle zaczęły się zmniejszać, po trzeciem — ustąpiły prawie zupełnie, jednocześnie i inne objawy zaczęły ustępować. Po czterech miesiącach chory opuścił szpital jako wyleczony. W przypadku tym miał miejsce zespół objawów tętniczych, żylnych i współczulnych (skurcz naczyniowy); zaś w obrazie klinicznym na plan pierwszy wysunęły się: ostre niedokrwienie kończyny i znaczne jej obrzmienie. Przyczyną niedokrwienia była mechaniczna niedrożność tętnicy biodrowej zewnętrznej (zakrzep), przyczem czynnik skurczowy grał tutaj rolę niemałą; dowodzi tego wybitny wynik leczniczy acetylcholiny. Obraz ten najbardziej przypomina, zdaniem autora, „Thrombo-arteriitis" typu *Buergera*, ewentualnie mógłby stanowić przejście od tej ostatniej do „Endarteriitis praesenilis". Bez względu na tło tego schorzenia, dotyczącego i tętnic i żył, rokowanie tutaj jest poważne, gdyż zawsze pozostaje możliwość powstawania nowych zatorów i nowych ognisk niedokrwienia.

Acetylcholina w lecznictwie (L'emploi de l'acetylcholine en clinique et en therapeutique). Villaret. *Monde Méd. Nr. 746 1929 r.*

Działanie farmakologiczne acetylcholiny polega na rozszerzeniu tętnic i tętniczek i następowym spadku ciśnienia krwi — w przeciwieństwie do histaminy, która powoduje również spadek ciśnienia krwi, ale dzięki rozszerzeniu włośniczek (z równoczesnem zwężeniem tętniczek). A więc stosowanie lecznicze acetylcholiny będzie wskazane we wszystkich tych przypadkach, w których objawy chorobowe zależą całkowicie (choroba *Raynaud*) lub chociażby częściowo (endarteriitis obliterans) od skurczu tętnic i tętniczek.

Środek ów wprowadza się do ustroju w roztworze wodnym, przygotowanym na poczekaniu, w postaci wstrzykiwań podskórnych, lub lepiej, domięśniowych. Dawka dzienna wynosi od 0,02 — 0,03 (poty u gruźlików) do 0,40 (Endarteriitis obliterans) i więcej (kolka ołowiowa). Maksymalna dawka jednorazowa wynosi 0,2 grama.

Zespoły objawowe ze strony tętnic i tętniczek obwodowych. W chorobie *Raynaud* wstrzykuje się codziennie 0,10 acetylcholiny przez czas dłuższy, dopóki nie ustąpią objawy odżywcze; później wstrzykuje się serjami, 1 — 2 tygodnie w miesiącu, aż do ostatecznej poprawy w stanie chorego. Podobnie należy postępować w sklerodermji i w zaburzeniach odżywczych ze strony kikutów poamputacyjnych. Stosowanie acetylcholiny jest wskazane również we wszelkich rodzajach „endateriitis obliterans", ale w dawkach znacznie silniejszych — 2 razy dziennie po 0,20;

będzie ono tutaj leczeniem tylko objawowem, mającem na celu usunięcie wtórnego skurczu tętniczek, wikłającego zasadnicze organiczne zwężenie światła tętniczego.

Zespoły ze strony tętnic i tętniczek trzewnych. Dodatnie wyniki po stosowaniu acetylcholiny osiągnięto w przypadkach nadmiernego ciśnienia tętniczego, w skurczu tętnicy siatkówkowej (w okulistyce) i w przebiegu udaru mózgowego.

Zaburzenia w zakresie układu nerwowego roślinnego. Acetylcholina działa drażniąco na układ przywspółczulny (parasympatyczny), wzmaga napięcie mięśni gładkich i ma własności przeciwanafilaktyczne. Dlatego też stosuje się ją z powodzeniem w przypadku nadmiernych potów, zwłaszcza u gruźlików (tylko dawki małe, 0,02 — 0,05 grama, które działają wprost odwrotnie niż dawki duże), następnie w przypadkach niedomogi wydzielniczej żołądka i trzustki i w zatruciu ołowiem (dawki bardzo duże — 0,15 g. co 5 — 10 minut).

Leczenie ran tchawicy (Traitement des plaies de la trachée). Remy-Neris. *Le Journ. Méd. Francais, Nr. 1, styczeń 1930.*

Linję postępowania w przypadkach zranienia tchawicy wyznaczają te zaburzenia oddechowę, które wystąpiły zaraz po urazie lub które z reguły grożą chorym powyższym w przyszłości.

W przypadkach ran niewielkich (kłutych), kiedy objawów duszności niema prawie wcale, wystarczy zabezpieczyć choremu spokój, pozycje siedzącą z lekko zgiętą do przodu głową, zabrouić mówienia i zwalczać kaszel wstrzyknięciem morfiny. W razie wystąpienia jakichkolwiek poważniejszych zaburzeń w oddychaniu należy przystąpić zaraz do wykonania tracheotomji.

W przypadkach ran głębokich i rozległych tchawicy, grożących każdej chwili ciężką zamartwicą (asphyxia), pierwszym rękoczynem lekarza powinno być wprowadzenie rurki tracheotomijnej poprzez ranę, ewentualnie — wykonanie tracheotomji (dolnej), którą zasadniczo zawsze lepiej jest wykouać z cięcia w zdrowych tkankach, poza raną, która zwykle jest zakażona i uspasabia przeto do odpowiednich powikłań. Dopiero po opanowaniu niebezpieczeństwa zamartwicy można przystąpić do opatrzenia i ewentualnego szycia samej rany.

W przypadkach średnio-ciężkich wskazania do tracheotomji są bardziej ograniczone; a mianowicie: rany postrzałowe od kul większego kalibru (szrapnele), poczynająca się duszność, szybkie nasilanie się odmy podskórnej i wreszcie — rany brudne, zatokowate i z wyraźnym odczynem zapalnym (ze strony naczyń chłonnych otoczenia). Po zabezpieczeniu się ze strony ewentualnych zaburzeń w oddychaniu chirurg przystępuje do zeszycia otworu w tchawicy. Szyć ściany tchawicy nie należy w przypadkach ran brudnych i zatokowatych, w których lepsze wyniki daje szew wtórny, późnie,szy (po wygojeniu się rany) i u osobników starszych, ze zwapniałemi chrząstkami, u których zeszycie tchawicy może wywołać obumarcie pierścieni. We wszystkich pozostałych przypadkach należy zeszyć ranę w tchawicy i to możliwie wcześnie, szwami strunowemi węzełkowemi, nie przebijającemi śluzówki, zaś brzegi tchawicy trzeba dopasować jak najdokładniej—dla uchronienia od odmy podskórnej.

U chorych, u których w następstwie zagojonej rany tchawicy powstało jej większe lub mniejsze zwężenie z odpowiedniemi zaburzeniami w oddychaniu, wskazanem będzie wtórne wycięcie odcinka zwężonego. Tam zaś. gdzie wskutek urazu powstał duży ubytek ściany tchawicy, trzeba się uciec do zabiegu plastycznego — wytworzenia brakującej części ściany z odpowiednio dobranych uszypułowanych płatów skórnych i skórno-okostnowych.

Jakie są ścisłe wskazania do operacji zespolenia pęcherza żółciowego z żołądkiem (Les indications légitimes de la cholécystogastrostomie). Berard i Mallet-Guy. *Lyon Chirurg. XXVII, Nr. 1, styczeń-luty 1930.*

Zanim się odpowie na to pytanie, należy uprzednio rozważyć, co uskutecznia pod względem czynnościowym zespolenie pęcherza żółciowego z żołądkiem (cholecysto-gastro-stomia), jaką jest definicja izjologiczna tego zabiegu?

A więc, przedewszystkiem — odprowadzenie żółci z wątroby do jelit z pominięciem przewodu żółciowego wspólnego. Osiąga się to w zupełności i w warunkach wysoce fizjologicznych, gdyż żółć wylewa sie poprzez przetoke do żołądka tylko okresowo, z przerwami, nie wywołując w nim żadnych zaburzeń wtórnych — ani chemicznych, ani czynnościowych; a pomimo przechodzenia treści żołądkowej poprzez przetokę do pęcherza, niebezpieczeństwo jego zakażenia — ze względu na jałowość tej treści — jest niewielka. Cel ten osiąga wyżej omówiony zabieg pod następujacemi warunkami: przewód pęcherzykowy i pęcherz jest drożny i o ścianie naogół niezmienionej (obecność kamieni nie stanowi tu zasadniczo przeciwwskazania), zachowanie drożności przewodów żółciowych wątrobowych i odźwiernika.

Inaczej się rzecz przedstawia, jeśli się chce osiągnąć na drodze zespolenia pęcherza z żołądkiem sączkowanie zakażonych przewodów żółciowych; gdyż przy zwykłych rozmiarach otworu zespoleniowego sączkowanie to jest bezwzględnie niedostateczne (żółć wylewa się z przerwami), a jeśli otwór ten zrobić bardzo duży, to wówczas treść żołądkowa przechodzi swobodnie do pęcherza i ewentualność jego zakażenia wzrasta. Pierwszeństwo oddać należy w tych razach wytworzeniu zwykłej przetoki pęcherzowej nazewnątrz (cholecystostomia).

To samo powiedzieć można o próbach trwałego obniżenia kwasoty żołądka, w przypadkach wrzodu żołądka i dwunastnicy, zapomocą zespolenia pęcherzowo-żołądkowego; próby te zawiodły całkowicie, chemizm żołądka nie ulegał tu żadnym poważniejszym, a tembardziej żadnym stałym, zmianom.

Z rozważań powyższych widać, że jedynem słusznem wskazaniem do zabiegu omawianego będzie trwała nieusuwalna niedrożność mechaniczna przewodu żółciowego wspólnego w jakimkolwiek jego punkcie. Przyczyną tej niedrożności bywa najczęściej rak trzustki, rzadziej — zbliznowacenie głowy trzustki (pancreatitis chronica), lub guz złośliwy przewodu żółciowego wspólnego.

Przyczynek do rozpoznawania i leczenia pęknięcia śledziony, powikłanego pęknęciem nerki lewej (Contribution à l'étude des ruptures de la rate et en particulier des ruptures associèes de la rate et du rein gauche). Desjacques. *Lyon Chirurg. XXVII — Nr. 1, styczeń — luty 1930,*

Autor spostrzegał i leczył w ciągu ostatnich kilku miesięcy trzy przypadki pęknięcia pourazowego śledziony i jeden przypadek stłuczenia brzucha z krwotokiem wewnętrznym niewyjaśnionego pochodzenia,

I. W pierwszym przypadku dziewczynka 7-letnia spadła z wysokości 1 piętra i uległa rozległemu pęknięciu śledziony i nerki lewej. W czasie operacji wycięto jej śledzionę i nerkę—z cięcia brzucha pośrodkowego, przedłużonego w lewo w kierunku X żebra; chora wyzdrowiała. Naogół pęknięcia jednoczesne śledziony i nerki lewej zdarzają się nierzadko, jednakże w większośct z nich chorzy tacy umierają przed zabiegiem — z powodu współistniejących ciężkich obrażeń innych narządów wewnętrznych. W tych przypadkach, które dostają się na stół operacyjny, niezawsze zachodzi konieczność wycięcia — obok śledziony — i nerki uszkodzonej (np. drobne pęknięcia), jednakże zawsze należy w tych razach skontrolować stan tych narządów, gdyż niedopatrzenie w tym kierunku może spowodować w następstwie dla chorego zejście śmiertelne.

II. Drugi przypadek dotyczył młodzieńca 18-letniego, który w następstwie upadku z wozu uległ pęknięciu śledziony. Objawów krwotoku wewnętrznego nie było. Przy operacji znaleziono duży krwiak wewnątrz torebki śledziony, szybko narastający, torebka — na pęknięciu. Śledzionę wycięto. Chory wyzdrowiał.

III. W trzecim przypadku chodziło o młodzieńca 20-letniego, który po upadku z motocykla został przywieziony do szpitala, wśród objawów szybko nasilającego się krwotoku wewnętrznego; ściana brzuszna miękka i podatna na całej przestrzeni. Operacja polegała na wycięciu pękniętej śledziony. Chory wyzdrowiał.

IV. Wreszcie w ostatnim przypadku — mężczyzna 17-letni, przejechany przez samochód — przed operacją stwierdzono objawy krwotoku wewnętrznego z napięciem powłok brzusznych w lewem podżebrzu, po otwarciu brzucha znaleziono tylko dużą ilość wolnej krwi, ale źródła tego krwawienia nie udało się odnaleźć (śledziona, nerki, wątroba, żołądek, krezka — bez zmian wyraźnych). Chory wyzdrowiał.

W związku z powyższemi przypadkami nasuwają się autorowi pewne uwagi techniczne. Ze względu na trudność ustalenia dokładnego rozpoznania przed zabiegiem, należy wybierać w czasie operacji takie cięcie, które umożliwi dokładne obejrzenie całej jamy brzusznej. Bardzo dogodnem jest tu cięcie pośrodkowe, z ewentualnem przedłużeniem poprzecznem w lewo (śledziona) lub w prawo (wątroba). W przypadku jednoczesnego uszkodzenia śledziony i nerki lewej droga przezotrzewnowa jest najdogodniejszą dla wycięcia obu tych narządów, jest znacznie wygodniejszą od cięcia lędźwiowego.

Przypadek zatoru paradoksalnego tętnicy biodrowej zewnętrznej, usuniętego operacyjnie. (Embolie paradoxale de l'artère iliaque externe gauche. Embolectomie), Dahl Iversen. *Lyon Chirurg. XXVII — Nr. 1. styczeń — luty 1930.*

O ile operacje wyjęcia powodującej zator skrzepliny (embolectomia) z tętnicy płucnej—ze względu na trudności rozpoznawcze i szybko następujące zejście śmiertelne — zdarzają się bardzo rzadko, o tyle także zabiegi operacyjne na tętnicach kończyn są zadaniem bardzo wdzięcznem i niezbyt trudnem, tak pod względem rozpoznawczym, jak i technicznym. Te ostatnie operacje z roku na rok są wykonywane coraz częściej (zwłaszcza w Szwecji).

Autor spostrzegał przed rokiem chorą 53-letnią, cierpiącą na żylaki obu goleni w stanie zapalnym, która pewnego dnia nagle, wkrótce po oddaniu stolca, poczuła zdrętwienie kończyny dolnej lewej od połowy uda w dół, zdrętwienie to wkrótce przeszło w gwałtowny ból kłujący. Przedmiotowo stwierdzono zblednięcie i ochłodzenie konczyny od kolana w dół, a pozatem zniesienie ruchów czynnych w tymże zakresie i osłabienie czucia. Tętnienie tętnicy udowej wyczuwało się dopiero tuż poniżej więzadła Pouparta, ku dołowi od tego miejsca nigdzie tętnienia nie stwierdzono.

W pięć godzin od chwili wystąpienia objawów zaczopowania tętnicy chora została poddana operacji. W znieczuleniu lędźwiowem obnażono tętnicę udową w górnej jej części na przestrzeni 10—12 cm; tętnica nie tętniała i była pusta, wobec czego przedłużono cięcie ku górze i znaleziono korek zatorowy (embolus) długości 10 cm, sięgający swym dolnym końcem tuż poniżej więzadła pachwinowego. Nacięto tu tętnicę na przestrzeni 2 cm, wyjęto bez trudności skrzeplinę i ścianę tętnicy zeszyto szwem jedwabnym ciągłym (jedwab parafinowany). Ranę zaszyto doszczętnie.

Zaraz po operacji bóle ustąpiły zupełnie, wróciło prawidłowe zabarwienie kończyny i jej ciepłota. Chora została wypisana ze szpitala jako wyleczona.

Badanie drobnowidzowe skrzepliny wykazało typowe utkanie zakrzepu żylnego. Mechanizm powstania tego zatoru każe myśleć o zachowaniu drożności otworu owalnego w sercu (foramen orale apertum), co nie jest bynajmniej rzadkością, gdyż na stole sekcyjnym znajduje się je u 33% wszystkich zwłok.

Zespół objawów mocznicowych z obniżeniem zawartości chlorku sodu we krwi. (Azotèmie chloropènique). Dias. *La Presse Méd. Nr. 30 kwiecień 1930.*

Do niedawna jeszcze uważano, że mocznica bywa wyłącznie następstwem zapalenia nerek z ich niedomogą. Dzisiaj wiemy już niewątpliwie, że istnieje cały szereg stanów chorobowych, w których przyczyna wzrostu zawartości mocznika we krwi jest całkowicie poza nerkami. Zwykle chodzi tu o chorobliwie wzmożony rozpad białka w ustroju, którego przyczyny zresztą mogą być różne, ale mechanizm jest jeszcze całkowicie ciemny. Ustrój, zwalczając ów rozpad białek, przyciąga ze krwi do tkanek zwiększone ilosci chlorku sodu, które działają tutaj poniekąd ochraniająco. Stąd — spadek zawartości chlorku sodu we krwi, tak często spotykany w tego rodzaju

stanach; przyczem ów spadek jest nie przyczyną zatrucia ustroju, a jego następstwem. Zrozumiałem jest teraz, że ustrój, znajdujący się w podobnych okolicznościach, będzie wykazywał zwiększone zapotrzebowanie na chlorek sodu, a jego doprowadzenie w postaci wstrzykiwań dożylnych stężonych roztworów ułatwi ustrojowi zwalczenie tego zatrucia. Charakterystycznem jest, że nie chodzi tu o jony chloru czy też sodu wogóle, a o chlorek sodu jako taki. Coś podobnego ma miejsce przy przeprowadzeniu leczenia bromkami u chorych na padaczkę: leczenie to skutkuje o wiele szybciej, o ile chorzy tacy zachowują dietę bezsolną lub małosolną — tkanka mózgowa jakby się broniła przy pomocy chlorku sodu przed zatruciem bromkami. Przyczynami mocznicy z obniżeniem zawartości chlorku sodu we krwi, jako wyrazu wzmożonego rozpadu białka w ustroju, bywają: ciężka cukrzyca, stany odwodnienia ustroju, wyniszczenie, jednostronna dieta, krwotoczne zapalenie trzustki, niedrożność jelit (zwłaszcza typu dwunastniczego), zwężenie odźwiernika i niektóre choroby zakaźne. Stanom powyższym towarzyszą dość często — wzrost zawartości cukru we krwi i zwiększenie się jej zasobu zasad, to ostatnie równoległe naogół do spadku zawartości we krwi chlorku sodu. Zaznaczyć należy jeszcze raz, że ów wybitny wpływ leczniczy wstrzykiwań stężonych roztworów chlorku sodu nie dotyczy innych chlorków, np. potasu, amonu. Chlorek sodu działa tu do pewnego stopnia swoiście.

Przyczynek do rozpoznawania zapalenia wyrostka robaczkowego (L'inversion des signes dans l'appendicite). Okinczyc. *La Presse Méd. Nr. 33, kwiecień 1930.*

Można się jeszcze spotkać ze zdaniem, że bóle w przebiegu napadu wyrostkowego z początku są rozlane po całym brzuchu, a dopiero po pewnym czasie umiejscowiają się na prawym talerzu biodrowym. Jest to trochę nieścisłe, gdyż bóle te początkowo są umiejscowione w nadbrzuszu, w okolicy zwoju słonecznego (ganglion coeliacum), zczasem przechodząc na prawy talerz biodrowy. Przyczem należy tu podkreślić pewną rozbieżność, bardzo charakterystyczną dla początkowego okresu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, — rozbieżność między umiejscowieniem bólu samoistnego i wywołanego. Ból samoistny chory odczuwa w nadbrzuszu, które samo na ucisk jest niewrażliwe; z drugiej strony, stwierdza się jednocześnie żywą bolesność uciskową na prawym talerzu, przy braku bólów samoistnych w tej okolicy.

Ta rozbieżność między umiejscowieniem bólu samoistnego i bolesności uciskowej ma miejsce również w zapaleniu wyrostka o przewlekłym przebiegu klinicznym. Rozbieżność objawów bólowych, ale w znaczeniu odwrotnem, miewa często miejsce w ostrych schorzeniach żołądka i dwunastnicy (przedziurawienie), a mianowicie: bole samoistne w prawym dole biodrowym i bolesność uciskowa w nadbrzuszu. Może to mieć pewne znaczenie w rozpoznawaniu różniczkowem.

Umiejscowienie bólów samoistnych w przebiegu zapalenia wyrostka w okolicy nadbrzusza tłumaczy się miejscowemi stosunkami anatomiczno-fizjologicznemi. Znajduje się tu zwój słoneczny, w którym podniety bólowe, wychodzące z trzew (wyrostek), przechodzą z włókien nerwowych współczulnych — nie mających własności umiejscowienia bólu — na włókna rdzeniowe. Zwój ten gra rolę „centrali bólowej", w której umiejscowiają się czucia bólowe, wychodzące z różnych trzew, i która umożliwia powstawanie różnych odruchów bezpośrednich, jak np. odruchu z chorego wyrostka na żołądek (tak zwany „nieżyt żołądka" w przebiegu zapalenia wyrostka).

Leczenie rozległych nawrotów nabłoniaków skórnych twarzy, powstałych po stosowaniu naświetlań leczniczych. (Traitement des grands épithéliomas cutanés de la face après échec des méthodes radiothérapiques). Bêrard i Creyssel. *Paris, Méd. Nr. 11, marzec 1939.*

Autor omawia tutaj te przypadki nabłoniaków twarzy, u których po zastosowaniu leczenia promieniami miał miejsce nawrót cierpienia — i to zwykle już w postaci bardzo rozległej i przerastającej daleko w głąb. Przyczyną nawrotów bywa najczęściej wadliwa technika naświetlań radowych lub rentgenowskich — zastosowanie dawki zbyt słabej, zbyt mocnej, nie obejmującej nowotworu w całej jego rozległości powierzchniowej; rzadziej chodzi tu o nabłoniaki zasadniczo „oporne" na naświetlania. Przypadki tego rodzaju uważa się naogół za nienadające się już do leczenia operacyjnego, a to z następujących względów: 1) po usunięciu roz-

ległego nowotworu powstałby zbyt duży i szpecący ubytek na twarzy, tem bardziej, że nabłoniaki takie przerastają zwykle do wnętrza poszczególnych jam kostnych; 2) tkanki okoliczne posiadają, w następstwie przebytych naświetlań, zmniejszoną żywotność i są bardzo wrażliwe na zakażenie pooperacyjne; 3) osobniki dane są zwykle wyniszczone i w stanie charłactwa.

Jednakże ze względu na to, że nabłoniaki te przez czas długi pozostają schorzeniem umiejscowionem, bez tendencji do dawania przerzutów do gruczołów chłonnych, a tem mniej do narządów wewnętrznych, autor jest za tem, żeby nawet w tych pozornie beznadziejnych przypadkach próbować jeszcze leczenia operacyjnego. Tembardziej, że chorzy ci, ze względu na ich wyniszczenie i niedokrwistość, nawet bardzo obrażający zabieg zniosą lepiej, niż leczenie naświetlaniami. Naturalnie ów zabieg często musi być naprawdę bardzo rozległy i pozostawiający ubytek w tkankach, który zwykle już tylko protezą można wypełnić. Po operacji takiej pozostaje rozległy i głęboki ubytek, który narazie wypełnia się sączkami gazowemi, zwilżonemi płynem przeciwgnilnym (surowicą przeciwzgorzelinową, szczepionką *Delbeta*), prawie bez nakładania szwów; po 8 — 15 dniach, kiedy ubytek pokryje się już ziarniną, wprowadza się doń odpowiednią dawkę radu. Dopiero po tem można myśleć o częściowem wypełnieniu ubytku zapomocą plastyki. Autor leczył w ten sposób 21 przypadków nawrotów nabłoniaka twarzy, z nich 12 — spostrzegał następowo conajmniej w przeciągu 18 miesięcy. W 55% otrzymał wyleczenie kliniczne, co ze względu na beznadziejność danych przypadków uważać należy za wynik bardzo pomyślny.

Rozpoznawanie i leczenie raków pierwotnych sterczu. (Les canceres épithéliaux de la prostate. Diagnostic, traitement). Wolfromm. *Paris Méd. Nr. 12, marzec 1930.*

Wszystkich chorych na raka pierwotnego sterczu można podzielić — ze względu na zmiany anatomiczne i rokowanie — na zasadnicze cztery grupy.

I. Chory zostaje zoperowany z powodu tak zwanego przerostu sterczu; po przecięciu wyłuszczonego guza chirurg znajduje mniej lub więcej niespodziewanie w środku małe ognisko rakowate. Jest to postać, dająca najlepsze rokowanie, i zwykle po wyłuszczeniu sterczu następuje wyleczenie zupełne.

U chorego z typowemi objawami tak zw. przerostu sterczu, przy obmacywaniu guza palcem przez odbytnicę stwierdza się naogół jego dokładne odgraniczenie i powierzchnię gładką, jedynie tylko w jednem miejscu wyczuwa się twardy guzek, zagłębiony w jednostajnie elastycznej masie guza dobrotliwego. Przypadki te dają rokowanie o wiele gorsze, jakkolwiek można jeszcze uzyskać wyleczenie na drodze operacyjnej.

III. U chorego, cierpiącego na zaburzenia w oddawaniu moczu i na bóle dopiero od paru miesięcy, znajduje sie przy badaniu przez odbytnicę sterczniezbyt duży, nieprawidłowego kształtu i niejednolitej spoistości, o niewyraźnych granicach. Tutaj rokowanie jest bardzo niepewne i liczyć na wyleczenie jest trudno.

IV. Wreszcie w przypadkach, długi czas nie rozpoznawanych jako takie, z różnemi bólami neuralgicznemi (przerzuty kostne), leczonych mylnie na gościec, gruźlicę kręgosłupa, krwawnice — rokowanie jest zupełnie złe.

Objawy kliniczne. Do najczęstszych należą zaburzenia w oddawaniu moczu, które w przypadkach raka występują naogół później (nowotwór bierze początek zwykle z tylnej części sterczu, zdala od cewki moczowej), szybko się nasilają, rzadko doprowadzają do znacznego zalegania; towarzyszą im dokuczliwe bóle, utrzymujące się prawie stale. Krwiomocz występuje naogół częściej w przebiegu guza dobrotliwego sterczu, niż złośliwego. Stan ogólny długi czas jest zupełnie dobry, charłactwo występuje późno; wcześniej odeń zaznaczają się objawy niedomogi nerek, wskutek ucisku moczowodów. Okoliczne gruczoły chłonne zostają zajęte naogół wcześniej; przerzuty kostne — nie tak zresztą częste, jak się ogólnie uważa — dotyczą przedewszystkiem kości udowej. Śluzówkę odbytnicy rak przerasta rzadko, owrzodzeń nie bywa.

Leczenie. Chory na raka sterczu, nie leczony, umiera średnio po 6 — 18 miesiącach; przyczyną śmierci bywają powikłania płucne lub niedomoga nerek. Leczenie operacyjne daje wyniki naogół średnie, czy to operując z cięcia brzucha, czy też od strony krocza. Wyjątek stanowią wczesne przypadki raka, wzrastającego wgłębi guza dobrotliwego sterczu; dlatego też wszystkich chorych z tak zwanym przerostem sterczu należałoby operować nie zwlekając, ze względu na możliwość powstania w nich ognisk rakowatych.

Leczenie promieniami daje również bardzo niewielką odsetkę wyleczenia; względnie najlepsze wyniki ma się po naświetlaniach rentgenowskich, jakkolwiek są i zwolennicy wyłącznego stosowania radu. Do schorzeń wikłających leczenie promieniami należą: zatrucie ustroju wskutek szybkiego rozpadu guza, niedokrwistość, niedomoga nerek, owrzodzenia odbytnicy, przetoki odbytniczopęcherzowe, zakrzepy żył miednicy małej, szybkie rozsianie się nowotworu po całym organiźmie i inne.

To też nic dziwnego, że niektórzy wybitni chirurdzy jak *Legueu i Calbelin* zarzucili w przypadkach raka sterczu całkowicie doszczętne leczenie operacyjne i leczenie promieniami, ograniczając się wyłącznie do zgłębnikowania pęcherza, jego nacięcia w celu wytworzenia przetoki i wreszcie — podawania morfiny.

Mięśnie pochyłe szyji — torakoplastyka w przypadkach gruźlicy płuc. (Les scalènes et la thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire). Grégoire. *Paris Méd. Nr 12, marzec 1930.*

Wycięcie częściowe żeber, stanowiące istotę tak zwanej torakoplastyki w przebiegu gruźlicy płuca, jest wtedy tylko celowe, kiedy dotyczy wszystkich żeber po danej stronie, od pierwszego do dwunastego.

Jednak żeby uzyskać możliwie zupełne unieruchomienie i spadnięcie się chorego płuca, samo przecięcie żeber nie wystarcza: trzeba je uzupełnić unieruchomieniem operacyjnem wszystkich czynnych przy prawidłowym oddechu (nie nasilonym) mięśni oddechowych. Należą tu: mięśnie międzyżebrowe — jeśli chodzi o żebra od III do XII, mięśnie pochyłe szyi — dla dwu pierwszych żeber, i przepona.

Wycięcie odpowiedniej długości kawałków ze wszystkich żeber poraża jednocześnie, w związku z ich przebiegiem anatomicznym, odpowiednie mięśnie międzyżebrowe. Inaczej jest z mięśniami pochyłemi szyi — tutaj samo przecięcie dwu pierwszych żeber nie wystarcza, gdyż mięśnie pochyłe, pociągając za kikuty żeber i zrośnięte z niemi sklepienie opłucnej, będą uruchomiały niepotrzebnie chore płuco. Dlatego też przecięcie żeber uzupełnić tutaj należy przecięciem wszystkich trzech mięśni pochyłych.

Zabieg operacyjny będzie się składał w ten sposób z wycięcia częściowego wszystkich żeber wycięcia częściowego wszystkich trzech mięśni pochyłych szyi i wyrwania nerwu przeponowego.

I tempo — Wycięcie w sposób typowy pięciu dolnych żeber (VIII—XII).

II tempo (po kilku dniach) — wycięcie w ten że sposób dalszych pięciu żeber (III — VII).

III tempo — wycięcie pierwszego i drugiego żebra, wycięcie trzech mięśni pochyłych i wyrwanie nerwu przeponowego; zabieg ten można wykonać w znieczuleniu miejscowem, z cięcia skórnego, zaczynającego się na palec powyżej obojczyka tuż u zewnętrznego brzegu mięśnia obojczykowo-mostkowo-sutkowego, następnie przebiegającego poziomo i równolegle do obojczyka, na wysokości stawu barkowo-obojczykowego zaginającego się do tyłu i kończącego się przy przecięciu z linją pionową, przechodzącą przez szczyty szyjnych wyrostków poprzecznych.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Świąd sromu. (Prurit vulvaire). Pouey H. *La Gynécologie, t. 28, z. 12.*

W długim artykule, opartym na 300 przypadkach obserwowanych w ciągu 30 lat autor omawia etjologję, objawy, rokowanie i leczenie świądu sromu (pruritus vulvae).

A więc przedewszystkiem, jeśli chodzi o stosunek do układu nerwowego, to podnieść należy, że wchodzą tu w grę te same zakończenia nerwowe, które biorą udział w wywoływaniu orgasmus sexualis: łechtaczka, wargi mniejsze, okolica okołoodbytnicza. Podobnie jak w przeżyciach płciowych, świąd sromu występuje napadowo, dając w czasie swego trwania pobudzenie psychiczne, z następowym okresem zmęczenia. W wielu przypadkach świądu sromu wykryć można schorzenia nerwowe, a mianowicie: hypochondrję, osłabienie psychiczne, hallucynacje, niepokój psychiczny, neurastenję, hysterję, bezsenność, chorobę *Parkinsona*, dyspareunję, pochwicę (vaginismus), oziębłość płciową, padaczkę i t. d.

Poza wspomnianem wyżej umiejscowieniem w łechtaczce, wargach małych i okolicy okołoodbytniczej, świąd sromu dotyka stosunkowo często przedsionek pochwy, bruzdy pachwinowe, spojenia łonowe i pochwę. Znane są również przypadki umiejscowienia na jakiejś niewielkiej przestrzeni wargi większej (autor spostrzegał taki przypadek w trzech pokoleniach tej samej rodziny), jak również najrozmaitsze umiejscowienia zastępcze lub współczesne (ogólny świąd całego ciała o słabym nasileniu, następnie napad świądu nosa i grzbietu stopy, i to raz na miesiąc przed miesiączką). Naogół biorąc długotrwała obserwacja wykazuje, że umiejscowienie świądu bynajmniej nie jest stałe u tej samej pacjentki. Świąd występuje zazwyczaj napadowo, w niektórych tylko przypadkach trwa on przez kilka, do kilkunastu godzin, albo nawet stale. Ten ostatni typ zazwyczaj pod wpływem leczenia przechodzi w typ przerywany, napadowy. Natężenie choroby bywa naogół bardzo znaczne, doprowadzające niekiedy do rozpaczy i myśli samobójczych. Częstość występowania napadów bywa rozmaita; niekiedy występują one w okresie miesiączkowym, niekiedy znowu nawet w okresie przekwitania napady przychodzą w terminach miesięcznych ściśle określonych.

Zmiany anatomiczne miejscowe występują zaledwie w 1/3 przypadków.

Wyleczenie niektórych z nich daje w skutku również poprawę lub wyleczenie świądu (wchodzą tu w grę upławy, zapalenie szyjki macicy, zapalenie dróg moczowych i t. d.).

Kliniczna dłuższa obserwacja wykazuje, że jeśli świąd trwa długo, to nie jest on nigdy stały; okresy zupełnego uspokojenia dłuższe lub krótsze są zawsze; w czasie trwania swej choroby chore prawie zawsze trafiają na jakiś środek, który pomaga im objawowo. Zresztą choroba ustąpić może nagle i samoistnie, o czem pamiętać należy przy ocenie wpływu środków leczniczych.

Wracając do etjologji świądu autor przechodzi w krótkiem zestawieniu następujące stany chorobowe związane, względnie współistniejące ze świądem:

1) menstruacja, połączona z zachwianiem równowagi hormonalnej;
2) w 16% przypadków autor stwierdził zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznem poza okresem menstruacji;
3) ciąża bezwątpienia bywa czynnikiem wywołującym, ewentualnie pogarszającym świąd;
4) cukrzyca może dawać, jakkolwiek nie zawsze, świąd jako objaw;
5) w 5% przypadków autor miał do czynienia z kobietami oziębłemi płciowo; niekiedy z oziębłością łączyły się w tych przypadkach zmazy nocne;
6) zmiany w narządzie moczowym, czy to anatomiczne w postaci wypadnięcia części rodnych i zaułka pęcherza, czy to czynnościowe, jak parcie nerwowe na mocz — zmiany te w 13 przypadkach występowały równocześnie ze świądem.

Anatomicznie dość często (w 34 przypad.) łączył się świąd sromu z jego leukoplakją; leczenie operacyjne całkowitego wycięcia sromu daje wyniki dobre we wszystkich przypadkach, pomaga jednak również niekiedy też leczenie zachowawcze.

Stosowanie radu powoduje niekiedy w następstwie świąd sromu, niekiedy zaś, odwrotnie, znika on po zastosowaniu wspomnianej wyżej actinoterapji.

Rokowanie w omawianem schorzeniu jest prawie niemożliwe do postawienia; każdy przypadek przebiega inaczej i to niezależnie od początkowej ciężkości.

Leczenie, zdaniem autora, winno przebiegać jak następuje:

1) badanie kliniczne, jako najdokładniejsze;
2) badanie moczu na białko i cukier;

3) zmiany miejscowe na sromie wymagają zastosowania: a) wysmarowania 2% rozczynem wodnym lapisu, b) maść z hydrargyrum praecipitatum rubrum lub flavum;
4) leczenie zmian w pochwie, narządzie moczowym i szyjce macicy;
5) objawowo: a) przy napadach nocnych lawatywka z 4 łyżkami letniego rozczynu 1 gr. Natrium bromatum i 1 gr. antypiryny z opium; b) jeśli napady świądu występują w dzień polecić należy taką samą lawatywkę bez opium, lub też lawatywkę z 0,1 kokainy lub novocainy.

Podczas leczenia szpitalnego podać można płyn znieczulający we wlewaniach dopęcherzowych, zamiast w lawatywkach.

Nie należy również zapominać o psychoterapji, gdyż zazwyczaj chore należą do osób wybitnie nerwowych,

Oto niektóre z recept:

Do zmaczania sromu: woda utleniona, woda słona, rozczyny siarki, sublimat 1:1000 lub bardziej rozcieńczony, gwajakol 10%-owy w glicerynie; kwas karbolowy 2%, lapis 2%; chlorek wapnia, wodzian chloralu, rozczyny węglanu wapnia, dwuwęglan sodu; spirytus rektyfikowany, sok cytrynowy; rozczyn kokainy; woda migdałowa, jodyna; wazelina, oliwa z gomenolem.

Do smarowania: pomady i pudry: Zincum oxydatum, hydrargyrum praecipitatum rubrum; kwas karbolowy. Mydła kreolinowe, orthoformowe i inne. Talk z kokainą, jałowa glinka.

Do irygacji: 0,5% kwas karbolowy; siarczan miedzi $^1/_2$%; sublimat 1:10.000; płyn Carrela, dwuwęglan sodu, węglan wapnia.

Czopki pochwowe: Z kokainą, z belladoną, z natrium boricum.

Lawatywki: Z 1% lapisem z dodatkiem soli, bizmutu.

Wlewanie do pęcherza: 10 cm.^{3} butelliny w 1% rozczynie, kokainy, novocainy, lapisu.

Leczenie injekcjami podskórnemi: Szczepionki, autohemoterapia, proteinoterapia.

Leczenie lekami podawanemi doustnie: Węgiel zwierzęcy, uraseptina; uspakajające: belladona, walerjana, benzoate de benzyle. Dieta jarska lub jarsko-mleczna.

Promienie Roentgena.

Operacyjne usunięcie kawałka skóry; w razie zmian zbielenia sromu (leukoplakia) należy wyciąć cały srom.

Przyczynek do badań nad przyczyną wystąpienia czynności porodowej. (Contribution a l'étude des causes du declanchement du travail de l'accouchement) Fontes J. (*La Gynecologie T, 28. Z. X.*

Autor wykonał szereg badań doświadczalnych nad macicą świnki morskiej, w celu wyjaśnienia etjologji porodu.

W pierwszej serji wprowadzał do jednego rogu macicy (róg wycięty, w płynie Ringera, temp. 38—39° C. stałe przepuszczanie przezeń tlenu) kawałek ebonitu aby wypróbować działanie rozpychania od wewnątrz. Skurcze mięśni tego rogu były bez porównania silniejsze, niż rogu pustego. Potwierdzato ma przypuszczenie, że jednym z czynników wyzwalających czynność porodową jest rozpychające działanie jaja płodowego.

Druga serja doświadczeń polegała na wprowadzeniu do naczyń, w których znajdowały się przyżyciowo utrzymane rogi macicy świnki morskiej odwłóknionej krwi kobiet rodzących. Mierzenie skurczów tego rogu i porównanie ich amplitudy z amplitudą skurczów drugiego rogu tej samej świnki morskiej, poddanego działaniu odwłóknionej krwi męskiej — wykazało, że krew kobiet rodzących wywoływała znaczne silniejsze skurcze mięśni.

Wniosek: musi istnieć we krwi kobiet rodzących jakaś substancja (zaczyn) wywołująca skurcze mięśnia macicy.

Cztery porody prawidłowe u kobiety, która przeszła rozcięcie pochwowe przedniej ściany szyji macicy (hysterotomia vaginalis anterior) (Accouchements normaux a quatre reprises chez une femme ayant subi auparavant une hysterotomie vaginale anterieure) Chatillon F. (*La Gynecologie T. 28. Z. 11.*

Z powodu rzucawki porodowej wykonano u omawianej pacjentki t. zw. cięcie cesarskie pochwowe (*Dührssena*) z dobrym wynikiem.

Po tej operacji pacjentka cztery razy urodziła samoistnie i szczęśliwie, przyczem, co ciekawe, nie było żadnych trudności w rozwieraniu się szyji.

Skręt zdrowych przydatków (Le volvulus des annexes saines) Michon L. (*Gynecol et Obstetr. T. XXI. L. 2.*

Autor przytacza opis 5-iu obserwowanych przez się przypadków skrętu zdrowych (kontrola mikroskopowa w każdym przypadku), przydatków, najczęściej samej trąbki.

Zaznaczyć należy, że stwierdzenie zdrowia jajowodu nie zawsze da się uskutecznić na zasadzie badania histologicznego, gdyż skręt sam wywołać może zmiany mikroskopowe, wyglądem przypominające zmiany zapalne. Toteż dane kliniczne i dokładne rozpatrzenie przypadku dać nam tylko może odpowiedź zadawalającą.

Za czynniki etjologiczne uważać należy: 1) wrodzoną, nadmierną długość jajowodów, 2) zrosty ograniczone do niewielkiej przestrzeni, naprz. w okolicy brzusznego końca jajowodu, 3) skurcze i ruchy trąbki o typie peristaltyki, czy antyperistaltyki.

Za jedyny typ leczenia uważa autor usunięcie na drodze operacyjnej skręconych przydatków.

Rozpoznanie kliniczne jest bardzo trudne, zazwyczaj nie udaje się postawić go przed zabiegiem operacyjnym,

Ropień przestrzeni Retziusza u ciężarnej dotkniętej dusznicą (asthma bronchiale). (Abces de la cavitè de Retzius chez une femme gravide atteinte d'asthme) Chatillon F. (*La Gynècologie T.28 L.11*)

Autor obserwował przypadek ropnia przestrzeni *Retziusza* z przejściem na tkankę łączną okołopęcherzową, następnie na wargę większą. Etjologja tego schorzenia była w omawianym przypadku niejasna, jedynie można by przypuścić związek przyczynowy z przebytem odoskrzelowem zapaleniem płuc, wikłającem asthma bronchiale, występującą podczas ciąży. Badania bakterjologiczne nie wykazały obecności drobnoustroji, co tembardziej uniemożliwiało wyjaśnienie etjologji schorzenia.

Ciekawy jest w tym przypadku stosunek asthma bronchiale do ciąży. Występowała ona natychmiast po zajściu w ciążę i utrzymywała się aż do chwili porodu. W kilkanaście godzin po nim wszystko znikało i więcej napady nie występowały.

Jak wiadomo stosunek omawianego schorzenia do ciąży jest bardzo rozmaity. Znane są przypadki odwrotne, a mianowicie poprawa zupełna asthma bronchiale na czas ciąży i nawrót choroby po porodzie.

Endometrioma okolicy pachwinowej. (Endometriome de la region crurale). Laroyenne, Martin, Michon, Meyssonnier. (*Gynecol. et. Obetètr. T. XXI Z. 2*).

Autorzy opisują przypadek, w którym u kobiety 41-letniej stwierdzono guz wielkości jaja gołębiego w okolicy pachwiny, powiększający się w czasie menstruacji. Wycięto go i poddano badaniu mikroskopowemu, przyczem stwierdzono, iż wśród podłoża łączno-tkankowego znajdują się wolne przestrzenie, wysłane nabłonkiem walcowatym rzęskowym, takim samym, jaki wyściela gruczoły macicy. Rozpoznano endometrioma.

Zastanawiając się nad pochodzeniem omawianego guza autorowie przypominają wypowiedziane dotychczas w tej sprawie zapatrywania i na drodze wykluczenia dochodzą do wniosku, że w ich przypadku, w myśl teorji *Roberta Meyera*, miało miejsce dobrotliwe zapalne przetworzenie się (heterotopia) natury nabłonkowej.

Nabłonkiem przetwarzającym się mógł być w danym przypadku nabłonek otrzewnej.

T. Zawodziński.

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

Porażenie chorda tympani izolowane w przebiegu zapalenia ropnego ucha środkowego przewlekłego. (Paralysie isolée de la corde du tympan dans l'otite moyenne suppurée chronique). R. Rendu. *Revue de laryngologie, T. 50, Nr. 9, maj 1929.*

Porażenie to z natury rzeczy wedle przebiegu chorda t. musi być b. czułe, lecz przeważnie pozostaje niespostrzeżone, a lekarz o niem nie myśli. W niektórych wszakże razach dołączają się do nieznacznych symptomów także bolesne parestezje, a gdy pacjent skłania się do autoobserwacji, naprowadza też i lekarza na djagnozę. Badając wówczas stwierdza się różne zaburzenia czuciowe i smakowe zwłaszcza dla płynów gorzkich na równostronnej krawędzi przedniej części języka, a nadto zaburzenia czuciowe małżowiny na ograniczonym odcinku poprzed tragus. Autor przypomina szczegóły metodologii badania smaku.

Rozważania nad ropniami mózgowemi pochodzenia usznego lub zatokowego. (Considèrations sur les abscès encephaliques d'origine otique ou sinusienne). H. Faucher. *jw. Nr. 12—14. czerwiec — lipiec.*

Autor, analizując kilkanaście własnych i wiele innych ropni mózgowych pochodzenia usznego dochodzi do wniosku, że otolog ma obowiązek, nie czekając na późne i klasyczne objawy ropnia mózgowego, przystąpić jak najwcześniej do systematycznych nakłuć próbnych mózgu w każdym przypadku w którym pojawią się choćby najmniejsze objawy mózgowe i zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, których nie uzasadnia przebieg zabiegu lub które po tym zabiegu nie cofają się. Stanowisko to jest tem bardziej uzasadnione, że 1) mózg znosi, zdaniem autora, bardzo dobrze nakłucia próbne, przeprowadzone prawidłowo i bez nacinania opony twardej, 2) rokowanie poprawia się proporcjonalnie do wczesności rozpoznania ropnia mózgowego i 3) inne schorzenia, z któremi możnaby różniczkować przy rzeczonych objawach, dają przeważnie rokowanie śmiertelne, tak, iż mylne poszukiwanie za ropniem nie może chorego na szkodę narazić.

Rozległy przerost dziąseł przeszkadzający odżywieniu. (Volumineuse hyperthrophie des gencives entravant l'alimentation). J. Lancelot. *jw. Nr. 13—16, sierpień 1929.*

Pacjentka o złem uzębieniu traci w ciągu lat jeden ząb za drugim drogą ekstrakcji. Po każdej z nich pojawiają się—szczególnie na górnym wyrostku zębowym, niekiedy w trakcie ropienia następującego po ekstrakcji — obrzmienia i przerosty tkankowe znacznego stopnia w okolicy dokonanej ekstrakcji. Przerosty te niebolesne i nie wrzodziejące, dość twarde, ostatecznie uniemożliwiają wszelkie żucie.

Podobny przypadek opisują też *Portmann* i *Martinaud*. Autor za poradą *Moure'a* usunął wszystkie te zgrubienia, nasuwające przypuszczenie dobrotliwych nowotworów — w znieczuleniu miejscowem, dając pierwsze cięcie od strony przedsionka jamy ustnej. Przerosty wykazały drobnowidowe cechy czysto zapalne bez śladu zmian nowotworowych, krwawienie podczas zabiegu było minimalne, a wyleczenie zupełne. W miesiąc po zabiegu usunięto drobny miejscowy nawrót drogą diathermokoagulacji, która, zdaniem autora, nadaje się wogóle do leczenia tej rzadkiej zmiany.

Ból głowy a ropień mózgowy i móżdżkowy pochodzenia usznego. (La cèphalée dans l'abcès cerebral et cerebelleux d'origine otique). Portmann-Retrouvey. *jw, Nr. 17—18, wrzesień 1929.*

Na zasadzie 10 spostrzeganych przypadków autorowie wypowiadają następujące wnioski: Ropniom extraduralnym właściwą jest łagodna równostronna hemikrania, raczej w rodzaju ciężkości w głowie, umiejscowiona w skroni lub ciemieniu. Ból głowy w rozlanej meningitis zaczyna się nagle i intensywnie, jest nieustanny z nieznacznemi remisjami, światło i hałas potęgują go, umiejscowienie jest przeważnie homolateralne, lecz bardziej rozlane. Ból głowy w meningitis serosa niekiedy jest podobny jak w ropniu mózgowym. W tym ostatnim razie (t. j. w ropniu) ból głowy występuje z początku łagodnie (signe de bandeau) w formie rodzaju ucisku i stopniowo potęguje się do uczucia ściśnięcia głowy w kleszcze o nieznośnej intensywności, zmuszającej do jęków i krzyku. Pozycja chorego ma w pewnych granicach wpływ na stopień bólu. Leki są niemal bezskuteczne. Umiejscowienie przy ropniu płata skroniowego jest częściej skroniowe lub ciemieniowe, przy ropniu móżdżku częściej potyliczne, zwykle homolateralne, wyjąt-

kowo skrzyżowane. W każdymbądź razie ból głowy jest, zdaniem wszystkich autorów, „najwcześniejszym i najstalszym objawem ropni mózgowych."

A. Schwarzbart.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Leczenie wyprysków, schorzeń z uczulenia. (Le traitement des eczèmas, maladies de sensibilisation). H Jousion, P. Cot, R Sohier. *(Bull et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris 1929 Nr. 32).*

Wszystkie wypryski są dowodami wrażliwości powłok zewnętrznych na jedną lub kilka substancji szkodliwych zwanych antygenami. Wrażliwość ta początkowo zwykle wybiórcza staje się po pewnym czasie trwania choroby uogólnioną. Wiele jest podstaw do przypuszczenia, że układ neuro-wegetatywny pośredniczy w powstawaniu i rozprzestrzenianiu się tej wrażliwści Niektóre z substancji szkodliwych (antygenów) pochodzą z zewnątrz, inne z zewnątrz organizmu. To określenie wyprysku tłómaczy jego wielopostaciowość, która jest z jednej strony zależna od podłoża (konstytucji dermopatycznej), z drugiej strony od różnych antygenów.

Leczenie wyprysków polega na zasadach, wynikających z powyższych danych. U osesków odczulenie mleczne w postaci podskórnych wstrzykiwań ($^1/_2$ do 2 cm.^{3} mleka matki co 5 dni) daje dobre wyniki. Sześć przypadków uogólnionego, podostrego wyprysku, u 20-stokilkodniowych osesków wyleczył autor tym sposobem (około 4 wstrzyknięć). Metoda ta uprzednio już oddawała autorowi znaczne usługi w leczeniu zaburzeń jelitowych u dzieci. Można stosować również roztwór wodny 3% peptonu mlekowego. U osobników młodych naogół najczęstsze są wypryski monoantygenowe. Z wiekiem stopniowo przybywa antygenów, na które ustrój uczula się. W leczeniu wyprysków zawodowych odczulenie antygenem zastosowanym według wywiadów daje dobre wyniki. Jeżeli antygen szkodliwy rozpuszcza się w wodzie, do wodnego, na zimno sporządzonego roztworu, po przefiltrowaniu nafeży dodać fenolu lub formolu w ilości 1 kropli na 1 cm^3 i wstrzykiwać podskórnie, w dawkach zależnych od tolerancji chorego. Antygeny rozpuszczalne w innych płynach (eter, chloroform, alkohol) należy stosować w bardzo małych dawkach. Ulegają one trudniej wessaniu. W wypryskach pokarmowych u dorosłych stosowano odpowiedni pepton w 3% roztworze wodnym, $^1/_2$—5cm^3 co 5 dni.

Powyższe sposoby odczulenia specyficznego w praktyce mają nie częste zastosowanie. O wiele częściej z powodu nieznajomości antygenu szkodliwego lub z powodu wrażliwości układu vago-sympatycznego, skutkiem której ustrój odczulony na jeden antygen z łatwością uczula się na inny, zachodzi potrzeba zastosowania odczulenia ogólnego, co powoduje obniżenie wrażliwości układu vago-sympatycznego. Pośrednią niejako metodą pomiędzy odczuleniem wybiórczym, a ogólnym jest autourotErapja. Autor stosował ją w przypadkach wyprysków przypuszczalnie endo-antygenowych (skazach). Podejrzewając, że substancje szkodliwe wydalane są z moczem w dostatecznym stężeniu, autor wstrzykiwał podskórnie mocz z dodatkiem phenosalylu. Ten sposób leczenia daje dobre wyniki w przypadkach wyprysków, zwłaszcza sączących (u diabetyków, dnawych i w wypryskach rąk u kobiet zatrudnionych w gospodarstwie domowem).

Z licznych środków ogólnie odczulających poleca autor te, które wywołują jaknajsłabsze odczyny organizmu, mianowicie: Calc. chlor. 0,75, Na Br 0,5, Na hyposulf, 2,0, aq. dest. 10.0 (dożylnie) lub odczulenie per os przez stosowanie 2 — 4 pastylek dziennie o następującym składzie: Na hyposulf. crist, 1,0, Campha Br. Na silic. â. 0,5. Autohemoterapja oddawała autorowi również znaczne usługi. W końcu stosowano często naprzemian z autohem. środki t. zw. vagototropiczne, zwłaszcza neopancarpinę, którą stosował autor dożylnie w połączeniu z Na. hyposulf. (Na hyposulf. 5,0, pilocarp. chlorhydrat. lub nitrat. 0,005 aq. dest 20.0 na 1 wstrzy:.). Wstrzyknięcia wykonywał co 2 lub 3 dni w ilości do 20-stu.

Wypryski bakteryjne są zdaniem licznych dermatologów również schorzeniem uczuleniowem na toksyny drobnoustrojów. Dlatego też w tych przypadkach stosował autor lyzaty szczepionek (stock-lyso-vaccins, szczepionki staphylo-strepto-pyococ). Ponadto w przypadkach mnogiej czyraczności dobre i prędkie wyniki otrzymywano, przez zastosowanie wstrzykiwań insuliny po 15 jednostek. W przypadkach wyprysków świetlnych powszechnie stosuje się środki odczulające na światło, resorcini 0,25 per os. naczczo (środek ten jest źle znoszony przez przewód pokarmowy) lub pyrokatech. 5 mgr. w 1 cm^3 dożylnie. W tych przypadkach autor poleca specjalnie przygotowane szczepionki (claso-vaccin). Stosowane podskórnie w dawkach wzrastających $^1/_2$ — 3 cm^3, co 3—5 dni dają bardzo dobre wyniki. Szczepionki te stosował autor pozatem we wszystkich wypryskach parakeratotycznych, pochodzących z uczulenia na różnego rodzaju mycelia i ich produkty i posiada w swojej obserwacji 29 przypadków doskonałych wyników.

W sprawie przewlekłych paciorkowcowych schorzeń skóry. (Sur les dermatoses chroniques, streptococciques) R. Sabouraud) *Presse Méd. 1930 r. Nr 3.*

Gronkowcowe i paciorkowcowe schorzenia skóry mają wybitnie różny przebieg kliniczny, zależny od skłonności tych lub owych bakterji do atakowania pewnych części skóry. Gronkowce wykazują szczególną skłonność do zajmowania mieszków włosowych, paciorkowce natomiast nigdy mieszków nie zajmują a atakują fałdy skóry, zwłaszcza wilgotne. Gronkowce wywołują szybko ropienie, wysięk zaś skutkiem zakażenia paciorkowcami jest pierwotnie przejrzysty, mętnieje później a w ropny zamienia się najczęściej wtenczas, gdy do zakażenia paciorkowcowego przyłączają się gronkowce. Dzieje się to bardzo często; nigdy natomiast do zakażenia pierwotnie gronkowcowego nie przyłączają się wtórnie paciorkowce. Stąd też pierwszym klinicznym objawem zakażenia gronkowcowego skóry jest okołomieszkowa krosta, objawem zaś zakażenia paciorkowcowego jest przejrzysty pęcherzyk lub obrzęk, zaczerwienienie i surowiczy wysięk w fałdach naturalnych skóry (poza uszami, wyprzenia it.p.)

W następujących schorzeniach skóry paciorkowiec odgrywa główną rolę jako czynnik etjologiczny: Impetigo — liszajec pospolity, częsty zwłaszcza u dzieci w postaci grubych miodowych strupów na twarzy. Schorzenie to może zajmować

i owłosioną skórę głowy, gdzie strupy bywają podobne, choć zwykle nieco bardziej szare i fałdy skóry, zwłaszcza poza uszami. Liszajec jest schorzeniem ostrem, może jednak przejść w stan przewlekły zwłaszcza, jeżeli zajmie okolice małżowin usznych i owłosioną skórę głowy. Przewlekłym paciorkowcowem zakażeniem owłosionej skóry głowy jest również t. zw. teigne amiantacèe d'Alibert, schorzenie spostrzegane u dorosłych, początkowo uważane za grzybicę, polegające na powstawaniu ognisk suchych, rozsypujących się łuskowatych strupów. U ciężarnych lub karmiących niekiedy nagle pojawia się na głowie, na szyji i na górnej części klatki piersiowej osutka, w postaci różowych. nieznacznie wyniosłych plam, które szybko pokrywają się delikatnym łuskowatym strupkiem. W tych wykwitach badanie i hodowla wykazują obecność paciorkowców. U dzieci szkolnych częste białawe plamy na twarzy skutkiem łupieżowatego łuszczenia się tych miejsc (pityriasis alba) są niejako poronną postacią liszajca, przez niektórych nazwane impetigo sicca. Zakażenie paciorkowcowe, wychodzące z fałdów skórnych, zwłaszcza skłonnych do wyprzenia, objąć może stopniowo całe powłoki skórne, dając wielorakie obrazy kliniczne aż do rzeczywistej paciorkowcowej erytrodermji. Wybitnie przewlekłym schorzeniem, w ktorego etjologji odgrywa paciorkowiec również ważną rolę, jest neurodermitis. W końcu przewlekły świąd odbytu, o ile wykluczone inne są przyczyny, nalezy także odnieść do zakażenia paciorkowcowego, nie dającego wyraźnych objawów objektywnych.

Nie wszystkie organizmy ulegają równie łatwo zakażeniu paciorkowcowemu skóry. U niektórych skóra jest szczególnie skłonna do tego zakażenia, skłonność ta jednak nie jest ogólną, lecz czysto miejscową.

Leczenie paciorkowcowych schorzeń sączących polega na stosowaniu okładów z wody *Alibour'a* i maści dziegciowych. W wyprzeniach pędzlowania 1% nalewka jodowa naprzemian z maścią cynkową dają dobre wyniki. Leczenie należy prowadzić długo po ustąpieniu zmian klinicznych, gdyż schorzenia te są wielce skłonne do nawrotów.

Wyłysienie głowy i ich rozpoznanie różniczkowe z pseudo-pelade Brocq'a (Les alopecies du cuir chevelu et leur diagnostic differentiel avec la pseudo-pelade de Brocq) Panagiotis B. Photinos

Presse Med. 1930. Nr. 27.

Schorzenie zwane pseudo-pelade Brocqa zaczyna się od występowania małych plamek zupełnie pozbawionych włosów na owłosionej skórze głowy. Plamki te są okrągłe, białawe, o wejrzeniu bliznowatem, jakby palcem wgniecione, gładkie, o charakterystycznym połysku, o wyraźnych zarysach. Plamki te zlewają się z sobą, tworząc większe łysinki o konturach policyklicznych. Obok tak powstałych większych plam, powstają świeże drobne plamki (jak satelity). Włosy z łatwością wyrwane z najbliższego sąsiedztwa plamek, makroskopowo niezmienione, posiadają wyraźną, białawą, błyszczącą torebkę i różnią się wybitnie od włosów wyrwanych z sąsiedztwa zwykłej łysiny (łojotokowej), które pod mikroskopem, skutkiem zaniku części opuszkowej, przypominają pisarskie znaki, wykrzykniki. W otoczeniu plamek można niekiedy zauważyć zaledwie widoczną różową obwódkę.

Wyraźnych zmian zapalnych ani ropienia nigdy się nie spostrzega. Schorzenie jest wybitnie przewlekłe, postępuje przez przeciąg kilku do kilkudziesięciu lat, nie sprawia żadnych dolegliwości subjektywnych, może się samoistnie zatrzymać w rozwoju. W miejscach wyłysiałych nigdy włosy nie wyrastają.

Różnicować należy pseudo-pelade B. z następującemi schorzeniami: acne decalvans (w ostrym okresie obecność wyraźnych zmian zapalnych, brak skłonności do zlewania się blizenek w większe łysinki), sycosis lupoides (wyraźne zmiany zapalne w skórze), favus (zmiany we włosach), lupus erythemat, (nadmierne rogowacenie naskórka, zaczerwienienie, nieregularny kształt ognisk i brak drobnych plamek w sąsiedztwie dużych), sclerodermia (kształt wstęgi) alopecia infectiosa (pojawia się od 70-go dnia po dłuższym okresie gorączkowym, jest rozlana, poza uszami włosy dają się łatwo wyrwać) alopecia syphilitica (rozlana lub przecinkowa, obok niej inne objawy kiłowe).

Jakkolwiek pseudo-pelade B. nigdy nie cofa się, należy jednak w każdym przypadku przeprowadzić leczenie, które często powstrzymuje dalszy rozwój schorzenia. Stosować należy pomady z dodatkiem siarki, rezorcyny i częste zmywania głowy. Autor zwraca uwagę na istniejącą w tym schorzeniu skłonność do podrażnienia skóry skutkiem leczenia. W razie najmniejszych objawów podrażnienia należy zaprzestać stosowania pomad a zastosować tylko zmywania głowy środkami jaknajłagodniejszymi (żółtka z jaj).

W sprawie kiły novarseno-odpornej. (Les syphilis novarseno-resistantes) J. Nicolas, Lacassagne, R. Froment.

Presse Med. 1930, Nr. 31.

Przypadki kiły odpornej na leczenie salvarsanem znane są już od dawna, jednakże nie można zaprzeczyć, że obecnie są one o wiele częstsze niż dawniej. Kiła może być odporna na arsenobenzole w różnym stopniu. Autor wyróżnia następujące grupy przypadków kiły novarseno-odp.

I. Arseno-recydywy: dla lekarza praktyka i dla chorego najważniejsza jest znajomość przypadków, przedstawiających najsłabszy niejako stopień novarseno-odporności. Istnieją przypadki kiły, w których neosalvars. wystarczy jedynie do tego, aby utrzymać chorego jakiś czas (zwykle krótki) w stanie bezobjawowym, lecz nie jest w możności powstrzymać rozwoju choroby. Lekarz, upierając się w tych przypadkach przy stosowaniu neosalv. oszukuje sam siebie, chorego i traci bardzo cenny okres czasu, zamiast przejść szybko do stosowania innego środka leczniczego. Z licznych tego rodzaju przypadków, znanych autorowi, przytacza opis dwuch. W pierwszym (sclerosis init. na palcu ręki) chory otrzymał 5,7 gr. neosalv. (z tego 4 wstrzyknięcia po 0,9), owrzodzenie szybko zagoiło się, pomimo to zgłosił się w 2 miesiące później z objawami czynnej kiły (roseola, periostitis luet. arthralgia). Po 12 wstrzyknięciach bizmutu (muthanol) objawy kiłowe nie pojawiały się. W drugim przypadku z powodu owrzodzenia pierwotnego na genit. zastosowano w krótkiem przeciągu czasu 10 gr. neosalv. Chory zgłosił się w 12 dni potem z osutką kiłową na całem ciele i ze zmianami na śluzówce jamy ustnej.

II. Arseno-odporność właściwa: Tu należą przypadki, w których zwykłe dawki neosalv.

są zupełnie bez wpływu na objawy i przebieg choroby. Ten rodzaj odporności na neosalv. jest zwykle nabyty, niejako wtórny. Zdarza się u chorych, u których zmiana pierwotna została szybko usunięta energicznem leczeniem neosalv., a u których w krótkim czasie potem pojawiły się objawy kiły drugorzędnej i na te neosalv. nie wywiera już żadnego wpływu. Rzadziej spotyka się w tej grupie przypadki pierwotnie odporne na neosalv (l'arseno-resistance d'emblée), w których nawet znaczne dawki neosalv. nie są w stanie zagoić zmiany pierwotnej.

III. Arseno-aktywacja. Przejściowe objawy reaktywacji kiły po wstrzyknięciu neosalv. (zwykle tylko po pierwszym) znane są pod nazwą objawu Herxheimera. Zdarza się jednak, że po każdym wstrzyknięciu neosalv. reaguje chory ponownym, trwałym zaostrzeniem się objawów kiłowych tak, że neosalv. zdaje się przyśpieszać naturalny rozwój kiły. Znane są również przypadki kiły dawnej, utajonej, dawno nie leczonej, w których pod koniec kuracji neosalv. t. zw. kuracji asekurującej, zakażenie kiłowe zaczyna się z całą energją ujawniać i postępować. Autor przytacza szereg opisów klinicznych, ilustrujących wszystkie te typy novarseno-odporności.

Autor zastanawia się nad przyczyną coraz częstszego pojawienia się jej.

Przyczyna istnienia novarseno-odporn. nie może tkwić w istocie samego leku, który w przeważnej ilości przypadków kiły jest dzielnym środkiem leczniczym. Obwiniać należy tu podłoże (organizm), niezdolne zamienić krążący w organizmie neosalv. na środek krętkobójczy i odporność samych krętków, za brakiem winy w istocie samego leku przemawia także istnienie przypadków odpornych na neosalv. i równocześnie na rtęć, lub odpornych na neosalv. i bizmut (te przypadki są bardzo rzadkie), a wyjątkowo zdarzają się przypadki kiły odpornej na wszystkie te 3 rodzaje leków. Przypadki zakażenia kiłą 2 osób, pochodzącego z jednego źródła, z których jedna jest novarseno-odporna, a druga nie, przemawiają oczywiście za winą, tkwiącą w samym organizmie, gdyż szczep krętków zakażających jest jeden i ten sam. O ile natomiast osobnik kiłowy stał się skutkiem leczenia neosalv. wtórnie novarseno-odporny i wtedy dopiero zakaził osobę drugą, u której kiła odrazu okazała się novarseno-odporną, to oczywistą jest rzeczą, że obwiniać o odporność należy tu rodzaj samego krętka. Tak więc, opierając się na spostrzeżeniach klinicznych, można o novarseno-odporność obwiniać jużto sam organizm, jużto rodzaj krętka.

Przyczyną natomiast coraz częstszego pojawiania się kiły neo-odporn. jest niewątpliwie uodpornienie samych krętków na neosalv., czego możliwość wykazano i doświadczalnie, a ponadto coraz mniejsza toksyczność preparatów neosalv. Producenci, starając się dostarczyć lekarzowi środków, wywołujących jaknajmniejsze odczyny organizmu czyli, jak je nazwał *Ehrlich*, środków jaknajmniej organotropicznych, dostarczają tem samem środków coraz mniej treponemotropicznych. Tu należy zauważyć, że właściwie preparaty neosalv. nie zmieniły się co do stopnia skuteczności, bo i dziś tak, jak dawniej, działają doskonale w przeważnej ilości przypadków, lecz zmieniła się ich stałość (pewność) skutecznego działania. Autor wyklucza istnienie winy w t. zw. złych serjach neosalv. i w stosowaniu, jak niektórzy twierdzą, za małych dawek.

Wskazówki praktyczne, wynikające z powyższego są następujące: Należy pilnie śledzić bieg leczenia kiły i w razie, gdy zastosowany lek okazuje się nieskutecznym, lub nawet tylko wątpliwie skutecznym, należy natychmiast zmienić lek. Mało korzyści otrzymuje się, podnosząc dawki leku, a zupełnie jest niewskazane, przeciwnie przynosi szkodę choremu, stosowanie dawek maksymalnych, które również zwykle w tych przypadkach nie są skuteczne, ze względów teoretycznie ciekawych należy skrzętnie śledzić przebieg i leczenie przypadków kiły, pochodzących z jednego źródła zakażenia. Ważnem jest również pewne rozpoznania kiły, aby objawów niekiłowych nie brać za kiłowe novarseno odporne. Istnienie objawów kiły novars.-odporn. wzmaga szanse rozpowszechniania kiły.

Nowy sposób wczesnego rozpoznania utajonej kiły wrodzonej. (Nouveaux moyens de diagnostic precoce de l'hérédo—syphilis occulte). G. Alarcon. *Arch. de méd. des enfants 1929, Nr. 10.*

Obecność jednego lub dwuch stygmatów nie upoważnia jeszcze do stawiania rozpoznania kiły wrodzonej, sprowadzającego tak poważne następstwa. Autor opisał, pod nazwą przejściowej dyspepsji osesków, schorzenie przebiegające przed 90-tym dniem życia, zależne od szczególnych zmian fizjologicznych spiralnych w pierwszych okresach dzieciństwa. Schorzenie to zależne jest od fizjologicznej niedomogi piramidalnej, właściwej noworodkom. Od trzeciego do dziewiątego tygodnia życia po odbijaniach i czkawce pojawia się wzdęcie brzucha, wymioty, napady kolki, następnie biegunka, Autor opisuje 3 fazy tego schorzenia i dodaje: „każdy osesek, który przechodzi to schorzenie przedwcześnie, w gwałtownym stopniu lub cierpi długo na powyższe objawy, jest prawdopodobnie obarczony kiłą wrodzoną.“ 1° Przedwczesność tej dyspepsji, którą usuwa jedynie leczenie specyficzne (le signe de Sisto), 2° wybitne nasilenie i gwałtowność objawów przed 21-szym dniem życia, 3° długotrwałość poza 90-ty dzień życia, oto 3 dane, które o ile pojawią się w połączeniu ze sobą dają prawie pewność zakażenia kiłowego. Wyjątkowo podobny zespół daje malarja.

W sprawie powtórnego zakażenia kiłowego. Les réinoculations syphilitiques). L. Lortat-Jacob, . Roberti, Poumeau-Delille. *Annales de Derm. et de Syph. 1930. Nr. 1.*

Wyniki licznych dotychczasowych doświadczeń nad powtórnem zakażeniem kiłowem dadzą się streścić w następujący sposób: W okresie inkubacji i kiły pierwszorzednej powtórne zakażenie kiłą jest możliwe. W okresie kiły drugorzędnej odporność jest prawie całkowita, szczepienie powtórne kiły nie udaje się, można jedynie uzyskać powstanie nietypowych grudek (vagues papules). W okresie kiły trzeciorzędnej powtórne szczepienie udaje się, odporność znika. Zdaniem niektórych autorów powtórne zakażenie kiłowe zawsze się udaje a ustrój reaguje na nie wykwitem, odpowiadającym okresowi, w którem znajduje się pierwsze zakażenie. Możliwość powtórnego zakażenia kiłą ludzi udowodnił *Hashimoto*, który na 27 przypadków powtórnego szczepienia kiły otrzymał tylko 8 wyników ujemnych.

Od przypadków właściwego zakażenia powtórnego odróżnić należy przypadki t. zw. chancze re-

dux, w których w miejscu owrzodzenia pierwotnego po jego zagojeniu się, krętki niejako przyczajone mogą w pewnej chwili spowodować powstanie powtórnego owrzodzenia, ponadto odróżnić należy przypadki trzeciorzędnych zmian kiłowych, przebiegających pod postacią owrzodzenia, w których brak zmian w gruczołach chłonnych i wyjątkowo tylko można stwierdzić obecność krętków bladych.

Przypadki powtórnego zakażenia kiłowego u całkowicie wyleczonych z pierwszej kiły (reinfectio) i u niezupełnie wyleczonych (superinfectio) teoretycznie tylko można odróżniać, w praktyce wszystkie kryterja wyleczenia zawodzą. Nawet takie dane, jak płodzenie dzieci zdrowych, donoszonych po przebyciu zakażenia kiłowego nie są dostatecznym kryterjum wyleczenia kiły, gdyż wiadomo, że kiła wrodzona może się ujawnić poraz piewszy i w wieku późniejszym.

Częstość i rokowanie powtórnych zakażeń kiłowych nie są do dzisiaj dostatecznie uzgodnione. Autor podaje opis własnych 7 przypadków powtórnego zakażenia kiłą w różnych okresach czasu od zakażenia pierwszego, przeważnie po dłuższym okresie nieleczenia, w których powtórne zakażenie wystąpiło pod postacią owrzodzenia mniej lub więcej typowego, z obecnością krętków bladych, ze zmianami w gruczołach chłonnych.

Z. Jastrzębska.

CHOROBY OCZU.

Acetylcholina (acecoline) w chorobach ocznych. Grelault C. *La Consultation 1929.*

Autor przypomina przypadek własny obustronnego zatoru tętnic siatkówki, w którym wstrzyknięcie acecholiny nie pomogło, jednak wspomina, że mnożą się doniesienia o przypadkach podobnych wyleczonych tym lekiem, tem bardziej, że (zgodnie, zresztą, z memi własnemi spostrzeżeniami w r. 1925) w większości swej przypadki te są pochodzenia skurczowego. Pozatem na zasadzie własnych obserwacji poleca autor stosowanie acecholiny. w przypadkach pozagałkowego zapalenia n. wzrokowego, w zatruciu tytuniem, w stwardnieniu rozsianem, gdzie serja zastrzyków podskórnych 0,1 acecholiny dawała czasem poprawę ostrości wzroku do 0,8.

Według autora, lek ten znacznie sprawniej. i pewniej działa od amylum nitrosum oraz od zastrzykiwania pozagałkowego atropiny.

W. H. M.

Przypadek skurczu tętnicy środkowej siatkówki. Bailliart S. *Bull. de la Soc d'Oph. de Paris. 1928, str. 245.*

Przypadek dotyczył 14 letniej dziewczynki, która nagle rano zauważyła znaczne upośledzenie wzroku oka prawego, słabego poczucia światła. Stan taki utrzymywał się w ciągu czterech dni, badanie wziernikiem wykazało nitkowatość tętnic siatkówki. Wdychanie amyli nitrosi nie pomogło. Badanie ogólne wykazało jednoczesne objawy skurczowe naczyń kończyn dolnych z wyraźną akrocjanozą. Dopiero po dwuch wstrzyknięciach podskórnych acecholiny w ilości po 0,1 w przerwie 15 min. dało się uzyskać znaczne rozszerzenie naczyń siatkówki i poprawę wzroku do 0,1. *W. H. M.*

Postępujące obustronne schorzenie okolicy plamki żółtej u młodych (choroba Stargardta). M. Schiff-Wertheimer & M. H. Tillé. *Ann. d'Ocul. 1930, str. 1—14.*

Stargardt (1909) cierpienie to uważa za rodzinne i podaje przypadki tego cierpienia z zaburzeniami psychicznemi oraz bez tych zaburzeń. Schorzenia w okolicy plamkowej są postępujące i zdarzają się u osób młodych. Schorzenie to odróżnia od opisanego przez *Tay'a* chorioiditis guttata, i chorioiditis, opisanej przez *Doyne.* Cierpienie to autor uważa za pokrewne chorobie *Tay-Sachsa* oraz postępującym zwyrodnieniom okolicy plamkowej u starców.

Cierpienie opisane *Nettleship* (1909) uzależniał od pokrewieństwa rodziców. *Treacher Collins* chorobę *Stargardta* uważa za postać barwikowego zwyrodnienia siatkówki. Inni autorowie wiążą to cierpienie z przebytą kiłą.

Opisane przez *Stargardta* cierpienie dotyczy przeważnie osób w wieku od 8 do 15 lat, charakteryzuje się stopniowem upośledzeniem wzroku i przerwą środkową z wyraźnemi zmianami w okolicy plamkowej zrazu pod postacią żółtawych plamek, a czasem i wyraźnych ognisk barwikowych.

Autorowie opisują dwa przypadki obserwowane osobiście. Jeden dotyczył 17-letniego chłopca z obustronnem upośledzeniem wzroku do 0,2 wskutek przerw środkowych względnych. Cierpienie zaczęło się 6 lat temu lekkiem ściemnieniem okolic plamkowych. Ogólny stan był dobry. Badania w kierunku kiły wypadły ujemnie.

W drugim przypadku, u 19-letniej dziewczyny upośledzenie wzroku wystąpiło od 9 lat i doszło do $^1/_3$ w oku prawem i $^1/_6$ w lewem; w obrazie wziernikowym zmiany zaznaczyły się żółtawemi plamami. I tu odczyn *Wassermana* był ujemny, a leczenie swoiste dało poprawę do $^1/_2$ tylko w oku prawem.

W. H. M.

Otrzymaliśmy następującą odezwę:

O dawnych i obecnych zwierzyńcach

Zbierając dla celów naukowych materjał o dawnych i obecnych zwierzyńcach w Polsce, upraszam jak najgoręcej wszystkie osoby, którym jest wiadome, że ktoś z obywateli ziemskich ma lub miał przed dawnemi laty zwierzyniec, o łaskawe dokładne podanie mi, gdzie był ten zwierzyniec, oraz wszelkich innych bliższych szczegółów.

Proszę też o podanie połaci lasów, leśniczówek, zaścianków zwanych „zwierzyńcem", wreszcie miast, gdzie są ulice zwierzynieckie i t. p.

Za wszelkie bliższe dane o tem, oraz za wskazanie dzieł, w których znaleźć można choćby najdrobniejsze wzmianki o dawnych zwierzyńcach, będę mocno zobowiązany, dając wyraz mej wdzięczności w przedmowie pracy, którą przygotowuję.

Na razie za łaskawą życzliwość i cenną pomoc składam zgóry w imię dobra nauki szczerą podziękę.

Józef Władysław Kobylański,
kapitan
Przemyśl, ul. Katedralna 3.

KRONIKA

Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Turcji i Małej-Azji. Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha, Wiedeń, wybierają się lekarze austryjaccy 17 sierpnia 1930 do Konstantynopola. Uczęstnicy zobaczą Bukareszt, Giurgiu, Konstanzę, Konstantynopol (z okolicą) i zwiedzą tamtejsze zakłady lecznicze, między innemi także stację termalną Kura, która to miejscowość znana już była w starożytności (Pythia). Z Konstantynopola nastąpi wyjazd do Małej-Azji. Uczestnicy zamierzają dotrzeć do Angory.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien, Austria) I. Biberstrausse 11, I. St. albo Medizinisch-Pharmazeutische Rundschau Wien I. Heiligenkreuzerhof.

* * *

Jak się dowiadujemy z obszernego sprawozdania z wycieczki do Hiszpanji pod kierownictwem d-ra Baracha uczęstnicy tejże powrócili wielce zadowoleni i syci wrażeń. W Barcelonie w imieniu wycieczki przemawiał Dr. Bociański, a w Madrycie Dr. Sienicki. W drodze powrotnej z Hiszpanji zwiedzono częściowo uzdrowiska Francji i francuskiej Szwajcarji. W przyszłym numerze „Wiedzy" ukażą się wrażenia z tej wycieczki pióra d-ra Sienickiego.

BIBLJOGRAFJA

A. Dognon. Précis de physico-chimie biologique et médicale. *Masson et Cie. Paris 1929, 310 stron. Cena 36 fr. fr.*

Od chwili rozpoczynającego się zmierzchu patologji komórkowej zaznacza się coraz to rosnący wpływ chemji na rozwój i poglądy medycyny i bez przesady powiedzieć można, że cały gmach współczesnej wiedzy lekarskiej spoczywa przeważnie na fundamentach chemji fizykalnej. Żaden też z myślących lekarzy nie może też obejść się bez ciągłego uzupełniania swych wiadomości w tej dziedzinie. Nie jest to jednak łatwe ze względu na szybkie postępy chemji fizykalnej, a zwłaszcza z tego powodu, że odnośne zagadnienia poruszane i roztrząsane bywają przedewszystkiem w pismach specjalnych, mało i trudno dostępnych lekarzowi praktykowi. Z tem większem zadowoleniem weźmie on do ręki książeczkę Dognona, w której znajdzie wykład bardzo przystępny, naogół jednak wystarczający dla potrzeb życia codziennego, spraw tak obecnie aktualnych jak zachowanie się PH w ustroju, równowaga katjonów i anjonów, chemji fizykalnej koloidów i sporo innych zagadnień nie mniej ważnych. Technika badań najważniejszych dla lekarza również została uwzględniona.

L. Lattes. L'individualité du sang. *Masson et Cie. Paris 1930. 320 stron. Cena 50 fr. fr.*

Po ukazaniu się oryginału włoskiego i wydania niemieckiego wydana została znana monografja Lattesa po francusku. Osobnicze różnice krwi, różnice w oddziaływaniu osocza, tak interesujące współczesną serologię a jednocześnie klinikę (przetaczanie) i medycynę sądową (stwierdzanie tożsamości, ojcostwa i t. d.) znalazły w tem dziele wszechstronne uwzględnienie. Zagadnienia te dla nas Polaków mają jeszcze i to znaczenie, że lwią część rozbudowy tych tak ciekawych a złożonych spraw wykonała nauka polska w osobie prof. *Hirszfelda* i jego współpracowników. Przypomnieć może warto, że tą drogą udało się wytworzyć zupełnie nowe pojęcia dotyczące pokrewieństwa ras ludzkich, powstania człowieka na ziemi i t. d. Nie są to coprawda sprawy czysto lekarskie, ale jednakże o tak ogólnem znaczeniu, że dość wyczerpujące ich omówienie w dziele *Lattesa* jest zupełnie na miejscu. Z wyżej wyłuszczonych powodów książkę powyższą z chęcią weźmie do ręki nie tylko hematolog, lecz wogóle każdy lekarz interesujący się szerszemi widnokręgami biologicznemi. Nadzwyczaj staranne i kompletne zestawienie piśmiennictwa (w tem rzędzie i polskiego) podnosi jeszcze bardziej wartość książki.

E. Brumpt i M. Neveu-Lemaire. Travaux pratiques de parasitologie. *Masson et Cie. Paris 1929. 302 strony. 30 fr. fr.*

Krótkie i zwięzłe przedstawienie pasożytów, wywołujących zmiany chorobowe, wraz z krótkim zarysem ich bytowania oraz sposobów ich wykrywania we krwi, kale i t. d. niewystarczające dla parazytologa lecz zupełnie uwzględniające potrzeby praktyka, który tylko dorywczo styka się ze schorzeniami pasożytniczemi.

Sir Humphry Rolleston. L'age, la vie et la maladie. *G. Doin. Paris 1930. 352 str. Cena 40 fr. fr.*

Tłomaczenie francuskie zbioru artykułów na najróżniejsze tematy znanego angielskiego klinicysty. W sposób lekki, niekiedy wprost feljetonowy, a jednak głęboki i elegancki porusza autor rozliczne tematy żywo interesujące nie tylko lekarzy, ale wogóle każdego kulturalnego człowieka. Znajdziemy w zbiorze tym rozważania o starości i starzeniu się, o istocie choroby, o zmianach w obliczu i przebiegu chorób w wielowiekowych okresach, o lekarzach i znachorach, o nałogach, o poezji i medycynie i wiele innych, których nie możemy wyliczać tutaj dla braku miejsca. Nadzwyczaj piękny styl (niestety nieco zniekształcony tłumaczeniem), głęboka erudycja oraz zakres poruszanych tematów czyni z tej książki idealną lekturę wakacyjną dla lekarza i osób interesujących się medycyną i biologją.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie nadżerek śluzówki odbytu zapomocą forsownego rozciągnięcia zwieracza dosyć szybko i pewnie prowadzi do wyleczenia, jednak wymaga uśpienia chorego i czasami pociąga za sobą trwające przez czas dłuższy nietrzymanie gazów i częściowo stolca. Dlatego też, w poszukiwaniu innego sposobu leczenia zaproponowano tu wstrzykiwanie podwójnego chlorowodorku chininy i mocznika w roztworze 5%. Środek ten ma silne działanie znieczulające, a jednocześnie, przez wytworzenie warstewki ziarniny pod owrzodzeniem, sprzyja jego wygojeniu się.

Chory jest w pozycji à la vache, oparty na łokciach i kolanach. Po dokładnem umiejscowieniu nadżerki, powodującej zawsze silny ból przy ucisku palcem w jednym punkcie (zwykle w okolicy spoidła tylnego), wstrzykuje się u jej zewnętrznego końca podśluzówkowo i popod samoowrzodzenie $^1/_4$ cm^3 omawianego roztworu cienką igłą. Samo wstrzyknięcie jest bardzo bolesne, ale ból ten trwa krótko. Zwykle do wygojenia się nadżerki potrzeba 2 do 6 wstrzyknięć, wykonywanych w odstępach 3—4 dniowych. Bóle w miejscu owrzodzenia ustępują całkowicie już po pierwszem wstrzyknięciu (La Presse Med. Nr. 36, maj 1930).

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Orzechowska 4. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU